I 11064

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII '82

almanahul

SĂNĂTĂȚII '82

Biblioteca ASTRA
- SIBIU -

almanahul SĂNĂTĂȚII 1982

AU COLABORAT:

CONF. DR. M. ANGELESCU, PROF. DR. DOC. C. ARSENI, DR. ELENA BARNEA, CONF. DR. M. BARNEA, PROF. DR. GH. BĂCANU, CONF. DR. AL. BĂDĂNOIU, DR. I. BĂNACU, DR. ELENA BERLESCU, CONF. DR. GH. BUCUR, CONF. DR. LUCIA BUTUCEA-VĂTĂȘESCU, DR. B. CÂRSTOCEA, A. CIURUNGA, CONF. DR. DOC. M. COTRĂU, DR. N. CRIȘAN, DR. AL. DOBRE, A. C. DRAGODAN, DR. ANCA DRĂGOI, PROF. DR. C. DUDEA, CONF. DR. AL. DUMINICĂ MOISESCU, DR. V. FILIP, DR. ELEONORA FLORIAN, DR. T. GAVRILESCU, TR. GĂRDUȘ, DR. GH. GHEORGHE, CONF. DR. DOC. B. GHEORGHESCU, LUCIA GHEORGHIU, DR. DOC. I. GHERMAN, DR. G. M. GRIGORIU, DR. O. IENIȘTEA, CONF. DR. C. P. IOANID, DR. BIOL. DOINA IOAN, CONF. DR. AL. IOAN, C. IONESCU, DR. I. JOCU, DR. L. LAZĂR, T. MARICARU, DR. FL. MARIN, DR. C. MAXIMILIAN, DR. SANDA MĂGUREANU, DR. MADELEINE MĂICĂNESCU-GEORGESCU, PROF. DR. O. MEDREA, DR. VL. MIHĂILESCU, ACAD. ȘT. MILCU, CONF. DR. ȘT. MILEA, DR. ȘT. MILICESCU, DR. P. MILOȘESCU, DR. T. MURGESCU, AL. NICOLESCU, DR. M. NUȚĂ, PROF. DR. M. OLTEANU, DR. CARMEN OPROIU, DR. R. OZUN, DR. M. PAȘCU, CONF. DR. DOC. CORNELIA PĂUNESCU, A. PÂRVULESCU, DR. ARCADIE PERCEK, PROF. DR. MARCELA PITIȘ, V. D. POPA, DR. EM. POPESCU, DR. O. POPESCU, CONF. DR. P. POPESCU, PROF. DR. DOC. VAL. POPESCU, DR. M. RĂDULESCU, CONF. DR. TR. REBEDEA, DR. T. SBENGHE, DR. D. SDROBICI, DR. C. SIMIONESCU, A. STOICA, DR. GH. ȘTOICESCU, DR. MARIETA STOICESCU, PROF. DR. DOC. V. STROESCU, G. TEODORESCU, PROF. DR. GH. TERBANCEA, J. UDRESCU, DR. G. UNTEANU, MARIETA VIDRAȘCU, I. VULPESCU.

1977 2022

Redactor
LUCIA GHEORGHIU
Secretar de redacție
FLOAREA NIȚĂ
Tehnoredactor
VIOLANDA LEORDEANU
Prezentare grafică
BIRIȘ VASILE
ȘTEFĂNESCU VASILE

EDITURA MEDICALĂ
București

34738

TOVARĂȘUL **NICOLAE CEAUȘESCU**
SECRETAR GENERAL AL PARTIDULUI COMUNIST ROMÂN
PREȘEDINTELE REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA

○ DIN CUPRINS ○

— Sănătate pentru toți în anul 2000
— Sănătatea și conduita omului modern
— O viață dedicată sănătății omului
— Noi dimensiuni ale profilaxiei genetice
— Drumul de la moleculă la medicament
— Medicamentele — un aliat al omului împotriva durerii
— Spălarea creierului
— Terapia resocializării — mijloc de recuperare a personalității bolnavului psihic
— Recuperarea capacității de muncă
— O nouă patologie a vremurilor noastre
— Tulburările de tranzit intestinal
— Primul ajutor în urgențele digestive
— Hemoragiile digestive
— Trombozele amenință viața
— Factorii de risc în producerea bolilor cardiovasculare
— Cardiopatiile congenitale
— Boli cardiace de cauză infecțioasă
— Infecții virale persistente determinate de „virusuri lente"
— Interferonul — o armă naturală împotriva virusurilor și tumorilor
— Alimentație rațională, sănătate îndelungată
— Anemia prin lipsă de fier
— Concepții noi în supurațiile bronhopulmonare
— Suferiți de bronșită cronică ?
— Chistul hidatic pulmonar
— Deviațiile coloanei vertebrale la copil
— Durerile de picioare
— Sănătatea copiilor de azi, sănătatea adulților de mîine
— Importanța climatului în stabilirea indicațiilor și contraindicațiilor curei balneare
— Infecțiile urinare
— Pierderile involuntare de urină la femeie
— Avortul provocat
— Dismenoreea
— O specialitate impusă de viața socială — chirurgia estetică
— Dermatoze inestetizante ale feței
— Pruritul
— Mediul familial și sănătatea
— Criza de opoziție la copilul mic
— De ce minte copilul
— Intoxicațiile accidentale cu medicamente la copil
— O boală a tuturor vîrstelor — sinuzita
— Corpii străini ai căilor aerodigestive superioare
— Complicațiile oculare ale diabetului
— Lentilele de contact
— Moda și sănătatea
— Activitatea onirică
— Cefaleea
— Cancerul și factorii de mediu
— Există forme de cancer curabile ?
— Actualități în endocrinologia cancerului mamar
— Cancerul rectal
— Medicamentele și sexualitatea masculină
— Paradoxuri ale civilizației
— Profilaxia devianței
— Pagini de umor
— Jocuri rebusiste

○ DIN CUPRINS ○

calendar'82

IANUARIE

L			4	11	18	25
M			5	12	19	26
M			6	13	20	27
J			7	14	21	28
V	1	8	15	22	29	
S	2	9	16	23	30	
D	3	10	17	24	31	

FEBRUARIE

	1	8	15	22		
	2	9	16	23		
	3	10	17	24		
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		

calendar'83

IANUARIE

L		3	10	17	24	31
M		4	11	18	25	
M		5	12	19	26	
J		6	13	20	27	
V		7	14	21	28	
S	1	8	15	22	29	
D	2	9	16	23	30	

FEBRUARIE

				7	14	21	28
	1	8	15	22		
	2	9	16	23		
	3	10	17	24		
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		

MARTIE

L	1	8	15	22	29	
M	2	9	16	23	30	
M	3	10	17	24	31	
J	4	11	18	25		
V	5	12	19	26		
S	6	13	20	27		
D	7	14	21	28		

APRILIE

		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
	1	8	15	22	29	
	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24		
	4	11	18	25		

MARTIE

L		7	14	21	28	
M	1	8	15	22	29	
M	2	9	16	23	30	
J	3	10	17	24	31	
V	4	11	18	25		
S	5	12	19	26		
D	6	13	20	27		

APRILIE

		4	11	18	25	
		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
	1	8	15	22	29	
	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24		

MAI

L		3	10	17	24	31
M		4	11	18	25	
M		5	12	19	26	
J		6	13	20	27	
V		7	14	21	28	
S	1	8	15	22	29	
D	2	9	16	23	30	

IUNIE

		7	14	21	28	
	1	8	15	22	29	
	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24		
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		

MAI

L		2	9	16	23	30
M		3	10	17	24	31
M		4	11	18	25	
J		5	12	19	26	
V		6	13	20	27	
S		7	14	21	28	
D	1	8	15	22	29	

IUNIE

		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
	1	8	15	22	29	
	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24		
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		

IULIE

L		5	12	19	26	
M		6	13	20	27	
M		7	14	21	28	
J	1	8	15	22	29	
V	2	9	16	23	30	
S	3	10	17	24	31	
D	4	11	18	25		

AUGUST

	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24	31	
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		

IULIE

L		4	11	18	25	
M		5	12	19	26	
M		6	13	20	27	
J		7	14	21	28	
V	1	8	15	22	29	
S	2	9	16	23	30	
D	3	10	17	24	31	

AUGUST

	1	8	15	22	29	
	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24	31	
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		

SEPTEMBRIE

L		6	13	20	27	
M		7	14	21	28	
M	1	8	15	22	29	
J	2	9	16	23	30	
V	3	10	17	24		
S	4	11	18	25		
D	5	12	19	26		

OCTOMBRIE

		4	11	18	25	
		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
	1	8	15	22	29	
	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24	31	

SEPTEMBRIE

L		5	12	19	26	
M		6	13	20	27	
M		7	14	21	28	
J	1	8	15	22	29	
V	2	9	16	23	30	
S	3	10	17	24		
D	4	11	18	25		

OCTOMBRIE

	3	10	17	24	31	
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		

NOIEMBRIE

L	1	8	15	22	29	
M	2	9	16	23	30	
M	3	10	17	24		
J	4	11	18	25		
V	5	12	19	26		
S	6	13	20	27		
D	7	14	21	28		

DECEMBRIE

	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			

NOIEMBRIE

L		7	14	21	28	
M	1	8	15	22	29	
M	2	9	16	23	30	
J	3	10	17	24		
V	4	11	18	25		
S	5	12	19	26		
D	6	13	20	27		

DECEMBRIE

	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			

calendar'82

calendar'83

EDITORIAL '82

În România este organizată și funcționează o rețea puternică de unități și formațiuni sanitare, în care se desfășoară o bogată activitate profilactică și de îngrijiri medicale. În cele 416 spitale dispunem de peste 200 000 de paturi, mai mult de jumătate din acestea sînt în clădiri noi, moderne, oferind condiții optime de asistență medicală. Avem 418 policlinici, peste 5 700 dispensare medicale teritoriale, de întreprindere și școlare, circa 900 creșe cu peste 90 000 de locuri, 2 500 farmacii și puncte farmaceutice, în care muncesc peste 40 000 medici, circa 7 000 farmaciști și aproape 140 000 cadre medii sanitare.

În teritoriu avem numeroase alte unități profilate, cum sînt : centrele de recoltare și conservare a sîngelui, centre de recuperare, sanatorii, preventorii etc. În fiecare județ, municipii și orașe funcționează stații de salvare cu peste 5 000 autosanitare, care stau la dispoziția populației zi și noapte, răspund la orice oră chemărilor, în cazuri de îmbolnăviri sau accidente. Mai mult de jumătate din autosanitare sînt dotate cu instalații de radio-emisie-recepție, pentru creșterea operativității și promptitudinii în rezolvarea solicitărilor populației, a tuturor nevoilor din zonele aglomerate, de agrement și odihnă, din alte locuri îndepărtate sau greu accesibile. Pe teritoriul fiecărui județ funcționează centre sanitaro-antiepidemice, în scopul supravegherii active a condițiilor de muncă și de viață, al prevenirii și combaterii bolilor transmisibile și profesionale, al controlului alimentației publice, al prevenirii poluării mediului ambiant și al menținerii igienei în toate unitățile socialiste, acolo unde muncesc și trăiesc oameni.

Pentru consolidarea și refacerea sănătății, statul nostru socialist alocă importante fonduri, în vederea dezvoltării bazelor de tratament din stațiunile balneoclimaterice și a valorificării, în interesul oamenilor muncii, a inestimabilei bogății de factori naturali de cură pe care-i are România. Stațiunile patriei noastre oferă posibilități optime de odihnă și tratament unui număr din ce în ce mai mare de cetățeni de toate vîrstele.

Conducerea partidului, personal tovarășul Nicolae Ceaușescu, acordă o importanță primordială asistenței medicale la locul de muncă. Funcționează, pe lîngă întreprinderi și alte unități socialiste, peste 600 dispensare medicale, numeroase policlinici și centre de medicina muncii, toate puse direct la dispoziția personalului muncitor, cu peste 2 000 de medici și circa 9 000 de cadre medii sanitare. Activitatea lor este dedicată supravegherii active a stării de sănătate a muncitorilor, condițiilor în care aceștia își desfășoară activitatea. Integrarea activității de medicina muncii în ansamblul măsurilor generale de ocrotirea sănătății a determinat participarea tuturor unităților sanitare din teritoriu la menținerea stării de sănătate a muncitorilor, la dezvoltarea activității profilactice, precum și la efectuarea examenelor medicale la angajare și a celor periodice.

Medicina, încotro?

Starea de sănătate sau de boală a populației și perfecționarea continuă a personalului sanitar și a mijloacelor materiale care participă la ocrotirea sănătății au un rol fundamental pentru întreaga societate. Natura îmbolnăvirilor și tendințele acestora stau la baza concepției organizatorice a asistenței medicale, determină structura instituțiilor sanitare, orientează cercetarea științifică, corelează dezvoltarea bazei materiale și formarea personalului sanitar cu nevoile obiective din domeniul sanitar.

Pornind de la aceste principii, strategia în domeniul sănătății se întemeiază pe condițiile proprii ale țării noastre, pe particularitățile, specificul și caracteristicile stării de sănătate a populației, fiind organic legate și integrate în planul general de dezvoltare economico-socială a patriei.

Cumpăna dintre ani este un prilej de a se analiza direcțiile și particularitățile stării de sănătate, tendințele din structurile demografice și morbiditatea. O primă constatare, demnă de menționat, este reducerea substanțială și permanentă a bolilor infecțioase, a celor acute, în general, și creșterea ponderii afecțiunilor cronice, degenerative. Această tendință a deplasat — cum era și normal — centrul de greutate al medicinii curativiste, indusă de patologia acută, către activitatea de prevenire a bolilor cronice, către acțiunile de limitare a riscurilor în apariția acestora.

Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătății populației, prima lege sanitară din epoca construcției socialiste, stabilește cadrul juridic unitar de desfășurare și perfecționare a activității în domeniul asigurării sănătății populației, principiile generale, formulînd, în același timp, și orientările de bază în vederea prevenirii și combaterii cauzelor îmbolnăvirilor, prelungirii duratei active a vieții omului, ridicării calității acesteia. Și astfel, pe baza studiului îmbolnăvirilor din ultimul deceniu, a fost posibilă formularea tendințelor care se manifestă în evoluția aspectelor fundamentale de morbiditate. Schimbările ce survin în evoluția fenomenelor de sănătate, sintetizarea rezultatelor și formularea unor concluzii prognostice, necesită perioade îndelungate de timp. Analiza situației îmbolnăvirilor pe perioada 1970—1980, comparativ cu deceniile anterioare, a permis să se cunoască cauzele și să se fixeze cadrul strategic general pentru pericada 1981—1985, precum și liniile de orientare după această perioadă.

Acum cînd sîntem în plină desfășurare a cincinalului calității, putem spune că tabloul stării de sănătate a populației din țara noastră, dinamica principalilor indicatori, prezintă îmbunătățiri continue și, bineînțeles, unele diferențieri și particularități, cum este dealtfel firesc, în context cu specificul și condițiile fiecărui județ, oraș și sat. Mortalitatea generală se menține, în ultimul deceniu, sub 10‰ locuitori, cu mici variații, înregistrîndu-se de la an la an scăderi ale deceselor prin boli infecțioase, inclusiv gripă și tuberculoză, prin infecții bronșice, precum și ale deceselor perinatale.

Îmbunătățirea condițiilor de muncă și viață, ridicarea nivelului de educație și cultură sanitară, creșterea gamei de antibiotice, realizarea de noi vaccinuri pentru prevenirea și combaterea unor maladii bacteriene, alături de creșterea standardului de igienă și, bineînțeles, de dezvoltarea instituțiilor sanitare, de apropierea acestora de locul de muncă și de viață, ca și de consolidarea acțiunilor profilactice, au condus în ultimul deceniu la scăderea accentuată a majorității bolilor transmisibile. Unele boli cu declarare nominală, cum sînt : difteria, febra tifoidă și paratifoidă, antraxul, meningita cerebrospinală, leptospiroza prezintă indici cu totul nesemnificativi în raport cu deceniul anterior, iar cazuri de malarie și tetanos nu se mai înregistrează de multă vreme. Introducerea vaccinului antirujeolos în practica curentă din ultimii ani a condus la reducerea cazurilor noi de mai mult de 10 ori, tinzînd practic spre înregistrarea doar a unor cazuri izolate. În cincinalul trecut s-a înregistrat, de asemenea, un număr, din ce în ce mai redus de cazuri noi de scarlatină, tuse convulsivă, varicelă, parotidită epidemică. Studiul unor aspecte particulare ale patogenității bacteriilor în actualele condiții ale sistemelor ecologice microbiene și extinderea continuă a chimioterapiei antiinfecțioase au constituit principalele cauze care au determinat strategia luptei antiepidemice pe teritoriu.

Odată cu diminuarea potențialului patogen al unor boli transmisibile, se constată deplasarea către alte domenii ale patologiei infecțioase și îndeosebi către bolile virale. Unele virusuri au determinat o incidență crescută a virozelor. În hepatita virală, boală implicată încă în evoluția morbidității, există multiple preocupări pentru perfecționarea mijloacelor de diagostic, pentru realizarea unor antigene și seruri marcate cu fluorocrom, izotopi

și enzime, în scopul diferențierii tipurilor și subtipurilor de hepatită virală. În structura actuală, forma cu Ag HB_3 însumează aproximativ 10% din cazuri, manifestînd în ultimii ani o tendință netă de scădere.

Odată cu creșterea aglomerației urbane, virozele respiratorii au manifestat o oarecare tendință de creștere, fapt ce a dus la adîncirea măsurilor de depistare și izolare a agenților virali din afecțiunile respiratorii, cu precădere la copii. Cele două tipuri de vaccinuri antigripale se află încă în studiul institutelor noastre de profil. În privința morbidității prin enteropatiile de natură bacteriană și virală, se remarcă o tendință de scădere a dizenteriei cu 25—30% comparativ cu anul 1975, aspect rezultat din investigații repetate și amănunțite, incluzînd întreaga masă de bolnavi depistați.

Cunoașterea circulației tipurilor pentru diferite specii bacteriene implicate în etiologia bolilor transmisibile (determinate de *Salmonella, Shigella, Streptococcus, Pseudomonas* etc.), în corelație cu particularitățile regionale de chimiorezistență și patogenitate, precum și cercetările clinico-bacteriologice curente, se înscriu printre modalitățile permanente de integrare a luptei antiepidemice în activitatea rețelei sanitare de bază.

Urmare măsurilor complexe antiepidemice, morbiditatea prin boli transmisibile, în contextul patologiei tropicale (variola, malaria, amibiaza etc.) s-a soldat, în ultimii ani, cu lipsa îmbolnăvirilor prin aceste boli. Tuberculoza, boală cu largă răspîndire altădată, s-a redus în mod considerabil, în ultimele decenii. Numai în deceniul 70, morbiditatea prin această afecțiune s-a redus de aproape 4 ori, iar mortalitatea a atins un nivel ce poate fi considerat, în prezent, ca neglijabil. Prevenirea și combaterea ei, în continuare, se înscrie în programul de sănătate pe termen lung, aprobat de Consiliul Sanitar Superior încă din anul 1977. În urma cercetărilor experimentale clinice și în fază de pilot au fost puse la punct și introduse noi scheme terapeutice antituberculoase pe scară națională, în sistem integrat și strict supravegheat. O atenție specială se acordă, în cadrul programului, perfecționării metodelor de profilaxie specifică a grupelor de populație cu risc crescut la infecția tuberculoasă, cu ajutorul vaccinărilor B.C.G. și a chimioprofilaxiei. Noul vaccin B.C.G. a fost extins în ultimii 5 ani la grupele de populație selectate pe baza normelor republicane, incluzînd în primul rînd nou-născuții și tinerii. Evaluările tehnice, operaționale și economice, făcute în ultimii 5 ani referitor la metodologia antituberculoasă, au avut o eficiență remarcabilă, atît în ceea ce privește menținerea unui plafon din ce în ce mai scăzut al morbidității tuberculoase, cît, mai ales, în ceea ce privește scăderea pînă la dispariție a formelor grave de îmbolnăvire. În privința bolilor venerice, începînd din anul 1970 există o tendință continuă de scădere a acestora, cu deosebire a sifilisului (toate formele), numărul cazurilor noi reducîndu-se de aproximativ 3 ori în ultimul deceniu. Aceeași tendință evidentă de regres o prezintă și infecțiile gonococice.

EDITORIAL '82

Prevenirea, frînarea și reducerea morbidității prin boli cronice constituie un obiectiv de seamă al asistenței medicale în această etapă. Modificările survenite în ultimele decenii în patologia umană au situat pe prim plan bolile generate de impactul organismului cu factori ecologici diverși, influențați de asaltul tehnologiei, de urbanismul în creștere, cît și de deprinderi de viață în strînsă interdependență cu progresul socio-economic și cultural. Regresiunea bolilor infecțioase și a bolilor acute, în general, ca și diminuarea continuă a mortalității infantile, alături de celelalte măsuri și mijloace de îmbunătățire a calității vieții, au condus la o creștere rapidă a speranței de viață, care,

într-un timp relativ scurt, a atins o medie de 70 de ani.

Informațiile clinico-statistice, cercetările epidemiologice și studiile populaționale arată pregnanța bolilor cronice în tabloul morbidității generale. Viața modernă cu diversificarea profesională, aglomerările urbane, ca urmare a transferului de populație rurală, ritmul alert al existenței și solicitarea organismului influențează reglarea biologică, fundamentînd etiologia bolilor însoțite de fenomene degenerativ-metabolice, localizate cu deosebire la nivelul organelor și sistemelor mai mult implicate în mecanismele de adaptare.

Incidența bolilor cardiovasculare suferă fluctuații și ascensiuni de la an la an, ca urmare a intensificării acțiunii de depistare în masă și control periodic al grupelor de vîrstă cu risc crescut. Prelungirea duratei de viață nu explică decît în parte frecvența progresivă a bolilor cardiovasculare ; studiile și cercetările clinice arată că rata de creștere a infarctului miocardic se datorește, în mare parte, coborîrii acestei boli grave către grupe mai tinere de vîrstă (35—55 ani), deci perioada omului în plină activitate și forță creatoare. Decesele prin boli cardiovasculare reprezintă mai mult de jumătate din letalitatea generală. Estimările făcute în ultimii 10 ani arată că decesele prin boli cardiovasculare întrec pe cele datorate cancerului, accidentelor rutiere și bolilor pulmonare luate la un loc. Programul pe termen lung, de prevenire și combatere a bolilor cardiovasculare, impus de frecvența acestor boli, cuprinde în cadrul obiectivelor majore ale acțiunilor profilactice, cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială, cordul pulmonar cronic, accidentul vascular cerebral, bolile congenitale ale inimii și vaselor etc.

În secțiile de cardiologie, prevăzute cu echipamentul necesar și asigurate cu personal specializat, se acționează energic împotriva acestor boli. Complexitatea și gravitatea cazurilor în această categorie de afecțiuni a determinat dezvoltarea, în toate secțiile de cardiologie, a unor nuclee de terapie intensivă, modernizîndu-se și mijloacele antișoc din formațiunile asistenței de urgență.

Obiectivele tactice în combaterea bolilor de inimă urmăresc, în principal : integrarea profilaxiei și asistenței medicale în activitatea întregii rețele sanitare, prevenirea factorilor de risc la locul de muncă și viață, cu accent pe o alimentație rațională și viață cumpătată, perfecționarea diagnosticului precoce și a mijloacelor terapeutice, amplificarea recuperării prin utilizarea largă a factorilor naturali de cură, orientarea cercetării științifice medicale fundamentale și aplicative spre problemele majore specifice teritoriului nostru.

Acțiunile de prevenire și combatere a neoplaziilor maligne reprezintă o problemă medico-socială de mare importanță, nu numai pe motivul că ele constituie a doua cauză de deces, dar, mai ales, pentru faptul că cercetările din ultimul deceniu, de care erau legate mari speranțe în privința cunoașterii etiologiei și mecanismelor fiziopatologice și a găsirii de metode eficace de prevenire și combatere, nu au justificat optimismul unor specialiști. Incidența acestor îmbolnăviri arată că cele mai numeroase localizări sînt la stomac și plămîni (ambele însumînd aproximativ 40% din letalitatea prin cancer), urmînd în proporții apropiate, cele ale sistemului limfatic, hematopoietic, prostată, sîn și col uterin. Există o letalitate crescută la bărbați, datorită atît deosebirilor de ordin biologic, cît și riscurilor mai crescute (profesional, fumat, consum exagerat de alcool și cafea etc.).

Programul contra cancerului pune accent pe studiile longitudinale în rîndul populației, prin *screening* citologic, efectuat în colectivitățile industriale, în vederea depistării precoce a localizărilor uterine, pulmonare și ale vezicii urinare, pe controale medicale din punct de vedere oncologic la toți bolnavii internați, cît și pe examinarea sistematică a formelor decelabile clinic la nivelul dispensarelor și cabinetelor de specialitate. Cele două institute oncologice din București și Cluj-Napoca, împreună cu comisia de specialiști de pe lîngă Ministerul Sănătății, urmăresc aplicarea măsurilor din program. În ultima perioadă, pentru asigurarea tratamentului

complex chirurgical, radiochimioterapic, imunologic etc. s-au inițiat și se aplică tratamentele necesare la nivelul clinicilor de specialitate și al unor spitale teritoriale cu rol de centre oncologice interjudețene.

Frecvența și evoluția prelungită a afecțiunilor respiratorii cronice netuberculoase ocupă unul din locurile fruntașe în structura mortalității (a treia cauză) și a morbidității, atît prin numărul încă destul de ridicat al cazurilor noi, cît și prin implicațiile medicale și socio-economice. Prin studii epidemiologice și de laborator se urmărește elucidarea unor aspecte etiopatogenice, conturarea factorilor de risc, stabilirea prevalenței, ameliorarea metodelor de depistare precoce, abordîndu-se în special modificările funcției pulmonare la grupele de muncitori expuși acestor îmbolnăviri. Cercetări clinico-statistice au confirmat că morbiditatea prin bronhopneumopatii cronice obstructive prezintă unele creșteri, care au legătură cu procesul intens de industrializare a unor zone.

Se acordă importanță tot mai mare prevenirii și combaterii bolilor de nutriție și metabolice, a căror pondere în structura morbidității capătă o semnificație particulară. Morbiditatea prin diabet este condiționată de creșterea standardului de viață și de dezvoltarea urbanizării, de alimentația nerațională, de păstrarea unor obiceiuri și practici care nu mai corespund vieții moderne. În marile orașe, studiile epidemiologice au relevat prezența diabetului zaharat în proporție de 3—3,6% din populația urbană, iar în mediul rural, la jumătate. Și în acest domeniu a fost elaborat și se aplică un program pe termen lung, care definește obiectivele și măsurile tehnico-organizatorice privind limitarea factorilor de risc diabetogen, îmbunătățirea profilaxiei primare și secundare, formarea și perfecționarea cadrelor în probleme de nutriție, introducerea Registrului național de diabet zaharat.

În privința patologiei digestive, semnalăm că prevalența acestor boli apare în 1979 cu o creștere de aproximativ 15% comparativ cu anul 1975, situîndu-se pe locul doi în structura morbidității generale, după bolile aparatului respirator. Dintre afecțiunile digestive, ulcerul gastric și duodenal marchează în ultimii 5 ani o mai bună depistare și evidență, înregistrîndu-se o proporție de 17,9 la zece mii de locuitori.

Afecțiunile hepatobiliare ocupă o pondere importantă în structura morbidității digestive. O atenție sporită se acordă în prezent prevenirii și tratării hepatitei cronice, amplificării și perfecționării metodelor de decelare și combatere a proceselor de autoagresiune hepatică, imunologică, limitării factorilor de risc, intensificării supravegherii medicale a bolnavilor, prin rețeaua sanitară de bază.

Datorită dificultăților legate de acuratețea diagnosticului și de încadrarea formelor clinice într-una din grupele afecțiunilor osteomusculare sau conjunctive, morbiditatea ce se înregistrează la nivelul dispensarelor și cabinelor de specialitate prin boli reumatismale are uneori un caracter subiectiv. Cu toate acestea, stările de invaliditate generate de reumatismul inflamator ridică probleme serioase de profilaxie și mai ales de tratament și recuperare, motiv pentru care sînt prevăzute măsuri de intensificare a bazelor terapeutice, mai ales cu factori naturali de cură.

Există preocupări intense și pentru alte îmbolnăviri. O atenție deosebită se acordă afecțiunilor renale cronice, importante atît prin incidența lor în creștere (litiaza renoureterală, pielonefrita, afecțiunile prostatei etc.), cît, în special, prin tratamente tot mai costisitoare, cerute de insuficiența renală cronică (servicii de dializă renală cu echipament complex), prin scoaterea bolnavilor din circuitul productiv timp îndelungat, prin dificultățile de supraveghere medicală a acestora etc. Grefele renale, ca mod de soluționare de ultimă instanță a unor cazuri limită, reprezintă indiscutabil un succes, mai ales pe plan științific.

Un loc aparte îl ocupă accidentele și intoxicațiile, în evidentă tendință de creștere. În ultimii 5 ani, traumatismele de natură rutieră au cunoscut o sensibilă creștere, ridicînd probleme atît din punctul de

vedere al siguranței circulației, cît și al mijloacelor de deservire medicală (noi servicii de ortopedie și chirurgie traumatologică, secții de reabilitare funcțională etc.).

Creșterea progresivă a speranței de viață, care în 1980 a atins 70 de ani pentru ambele sexe, cu perspectiva creșterii sale în următorul deceniu, pune noi probleme de concepție și organizare. Avem în prezent instituții și formațiuni care au ca obiectiv gerontoprofilaxia și asistența geriatrică. Institutul național de gerontologie și geriatrie, cu atribuții în acest domeniu, are subfiliale și puncte avansate în unele colectivități industriale și la nivelul județelor, pentru aplicarea metodologiei stabilite pe plan general. Ținînd seama că în anul 1982 tema adoptată de Organizația Mondială a Sănătății este dedicată protecției vîrstnicilor, s-au inițiat deja unele acțiuni pentru perfecționarea acestei activități la toate eșaloanele asistenței medicale.

Dezvoltarea accentuată a capacității de spitalizare, prin construirea și darea în funcțiune, în ultimul deceniu, a unui număr important de spitale, asigură posibilitatea extinderii îngrijirilor spitalicești, fără ca aceasta să însemne și o creștere paralelă a cazurilor de îmbolnăvire. Noile spitale oferă condiții corespunzătoare pentru investigații și tratamente complexe, aplicarea mai eficientă a mijloacelor de recuperare, creșterea calității actului medical și reducerea concomitentă a duratei medii de internare. În acest fel, utilizarea rațională a fondului de paturi, atît în avantajul celor bolnavi, cît și al unei judicioase folosiri a bazei materiale, este un obiectiv important al acestei etape.

Dezvoltarea în continuare a acțiunilor de ocrotire a sănătății, așa cum izvorăsc ele din necesitățile obiective ale țării, sînt cuprinse în programul privind liniile de orientare și principalele obiective ale ocrotirii sănătății pe perioada 1981—1985, aprobat de Consiliul Sanitar Superior. Intensificarea activității profilactice, lărgirea mijloacelor de igienizare și de limitare a factorilor de risc datorați poluării aerului, apei și solului, extinderea protecției epidemiologice a teritoriului, sînt doar cîteva din aceste obiective. În domeniul combaterii bolilor cronice sînt prevăzute măsuri de consolidare a acțiunilor speciale de profilaxie primară, depistare precoce, tratament și recuperare, cu deosebire în afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate de lungă durată.

Perfecționarea activității medico-sanitare și ridicarea permanentă a calității actului medical își găsește un loc central în activitatea Academiei de Științe Medicale și a institutelor de profil, pe baza unui amplu program de cercetări științifice fundamentale și aplicative, corelate cu problematica stării de sănătate a populației din țara noastră. Toate aceste considerente ne dau dreptul să apreciem că direcția spre care merge sectorul ocrotirii sănătății este justă și promovează intensiv principiile medicinii socialiste, contribuie la progresul societății, la realizarea obiectivului major al partidului și statului nostru — bunăstarea fizică și mintală, o nouă calitate a sănătății și a vieții pentru toți cetățenii patriei.

Dr. Radu Ozun

Directorul Direcției asistenței medicale din Ministerul Sănătății

Numărătoarea inversă a început !

Pînă în anul 2000 mai sînt numai 19 ani. 19 ani pentru realizarea celui mai ambițios obiectiv al O.M.S. „Sănătate pentru toți", obiectiv considerat de unii observatori drept utopic într-o lume a cărei situație sanitară, deosebit de grea, este agravată continuu de crize de tot felul — economice, financiare, energetice, ecologice —, de inegalități sociale și naționale.

De fapt ce își propune O.M.S. într-un moment în care unu din patru locuitori ai Terrei duce o viață necorespunzătoare și deci are și o situație sanitară îngrijorătoare ? Desigur, nu eradicarea generală a morbidității, întrucît aceasta nu se poate realiza. Dar nici numai asigurarea unei vaste rețele medico-sanitare, care să permită accesul, imediat și direct al tuturor celor aflați în pericol, la o asistență medicală în caz de urgență. Și totuși obiectivul O.M.S. este cel mai ambițios obiectiv formulat vreodată de un organism al O.N.U. El implică nu numai apărarea sănătății, ci promovarea acesteia prin asigurarea dreptului fundamental la viață și sănătate într-un context mai larg, cel privind promovarea noii ordini economice internaționale.

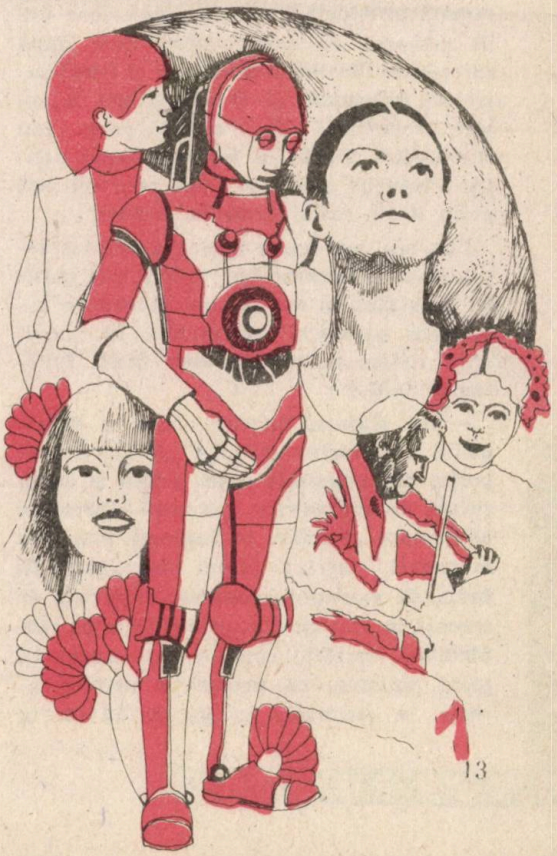
„Trebuie să reușim — spunea directorul general al O.M.S., dr. Halfdan Mahler —. Copiii de azi și cei ce nu s-au născut încă, dar care vor constitui a treia parte a umanității anului 2000, nu ne vor ierta niciodată dacă nu vom reuși".

A reuși înseamnă a recupera secole de inegalități, de exploatare și subdezvoltare.

STRATEGII O.M.S.

Sănătate pentru toți înseamnă nu numai mai mulți medici și mai multe medicamente, deși, în acest domeniu, decalajul bazei materiale și de cadre face ca în unele continente, ca Africa, să funcționeze un medic la 10 000 de locuitori, iar în Asia un medic la 5 000 de locuitori. Sănătate pentru toți înseamnă mai ales o nouă condiție de viață și noi poziții economico-sociale, care condiționează direct nivelul de trai și, prin aceasta, sănătatea. Acesta este, dealtfel, un adevăr recunoscut încă la Conferința internațională a O.M.S., care a avut loc la Alma-Ata (U.R.S.S.) în 1978, unde au fost stabilite elementele esențiale în apărarea și promovarea sănătății. Primul dintre acestea : aprovizionarea cu apă potabilă.

Pare paradoxal, dar într-o lume supertehnicizată, asaltată de microprocesoare și controlată de ordinatoare, cea mai mare parte a globului nu dispune de canalizările necesare și de o rețea corespunzătoare



de apă potabilă. Urgența și importanța problemei au făcut ca O.N.U. să convoace o conferință internațională asupra apei. Ea a avut loc la Mar del Plata (Argentina) și și-a finalizat lucrările printr-o recomandare ca deceniul opt al secolului XX să fie proclamat drept „Deceniul internațional al apei potabile". De ce atîta urgență ? Pentru că apa este elementul vieții, ea constituie două treimi din greutatea corpului și se află la temelia tuturor proceselor fundamentale. Lipsa ei este echivalentă cu moartea, iar bolile pe care le provoacă apa impură sînt deosebit de periculoase. La începutul „Deceniului internațional al apei potabile", O.M.S. informa că în fiecare zi mor din această cauză 25 000 de oameni, iar alte sute de mii cunosc durerile provocate de febra intestinală, dizenteria, schistosomiaza...

Așadar, 9 milioane de oameni mor în fiecare an din lipsă de apă. Și așa va mai fi încă 19 ani. Nu este oare prea mult ? se întreabă experții O.M.S., care au calculat că pentru rezolvarea definitivă a acestei probleme ar fi de ajuns doar 600 de miliarde de dolari, sumă care, după aprecierile directorului adjunct al Serviciului de informare al O.N.U., Angil Agarwal, „reprezintă doar o mică parte din cheltuielile făcute în întreaga lume pentru băuturile alcoolice și de zece ori mai puțin decît costul țigărilor fumate".

Dar cea mai mare rușine a acestui secol, în care fiecare zbor cosmic este plătit cu greutatea în aur a unei rachete, o reprezintă patologia subnutriției. În acest sens, redăm mărturiile unor înalți funcționari O.M.S. :

— Dr. Kalyan Bagchi, atașat al Serviciului de nutriție O.M.S. : „O mare proporție din populația Asiei, adulți și copii, suferă de malnutriție cronică. Carențele alimentare specifice se întîlnesc mai ales la sugari, tineri și femei însărcinate. În India, de exemplu, cecitatea, provocată de carența în vitamina A, este extrem de răspîndită ; numărul copiilor care anual își pierd vederea, ca urmare a acestei carențe, se estimează în jur de 13 000. În Bangladesh, numărul lor este și mai ridicat. În mai multe țări ale Asiei de sud-est (ca și în multe țări ale Americii Latine), xeroftalmia sau atrofia corneei este și ea o importantă cauză de orbire".

— Pierre Rossion, expert O.M.S. : „Populația Africii suferă de carențe alimentare. Simptomele sînt în funcție de carențele unuia sau altuia dintre elementele nutritive. Mulți copii sînt victimele unei maladii numită kwashiorkor, dată de un deficit de proteine animale, caracterizată prin slăbire, cu balonarea stomacului, diaree, tulburări hepatice, apatie, anemie și depigmentarea pielii și a părului. Carențele în vitamina A se evidențiază, în special, prin afecțiuni oftalmologice, întrucît declanșează xeroze corneene și conjunctivite. Carența în vitamina B_2 este descoperită prin bolile dermatologice, iar cea determinată de vitamina C se semnalează mai ales prin căderea dinților. Toate aceste carențe îi fac pe copii sensibili la infecții, explicîndu-se astfel de ce doar 50% dintre nou-născuți ajung la vîrsta de 15 ani. După această vîrstă, adolescenții și adulții cad pradă bolilor transmisibile, care bîntuie în proporții de masă".

— Dispunînd, desigur, de datele cele mai complete ale „dezastrului alimentar", Kurt Waldheim, secretarul general al O.N.U., concluziona: „De malnutriție suferă un miliard de oameni".

Dar la toate acestea, ce se mai poate adăuga ? Că în țările sărace, din cinci locuitori numai patru pot să-și permită „luxul" de a beneficia de rația vitală minimă de calorii și proteine ; 300 000 000 de copii sînt marcați de grave deficiențe fizice și mintale, ca urmare a malnutriției; 70 000 de oameni mor în fiecare zi de foame. Și aceasta în timp ce sînt cultivate doar 40% dintre terenurile arabile de pe glob, iar cheltuielile pentru înarmare într-o singură oră echivalează cu prețul a 165 de tone de grîu, a 12 tone de carne sau a 195 de tone de porumb !

Dar deziderатul „Sănătate pentru toți" are un trist înțeles chiar și pentru populația țărilor foarte dezvoltate din punct de vedere tehnologic, unde un mare

număr de persoane nu au acces la serviciile medicale, datorită prețurilor prohibitive ale unei simple consultații. Pe de altă parte, pentru categoriile de populație din ce în ce mai largi, afectate de șomaj și recesiuni economice, carențele vieții cotidiene, evidențiate mai întîi în reducerea nivelului de trai, sfîrșesc prin a provoca dramaticele maladii ale eșecului, dintre care cele mai grave sînt bolile psihice. Acestora li se adaugă lungul șir al persoanelor care se confruntă cu efectele așa-numitelor boli ale civilizației : cancer, boli cardiovasculare, accidente rutiere sau de muncă, probleme de sănătate mintală.

Ce presupune însă „Sănătatea pentru toți" ? Iată răspunsul concis al O.M.S. : „Oamenii să înțeleagă că îmbolnăvirea nu este inevitabilă și pentru ca starea de sănătate să se amelioreze trebuie să intervină tot felul de factori : politici, economici, sociali, culturali, ecologici și biologici". Această formulare este aproape identică cu punctul de vedere românesc, rostit de la tribuna celei de a 34-a Adunări a O.M.S. : «Dezideratul „Sănătate pentru toți" — spunea cu acel prilej reprezentantul Republicii Socialiste România — este o platformă de acțiune prioritară. Realizarea lui va dovedi capacitatea O.M.S. de a-și aduce contribuția la progresul sănătății în lume, pe baza principiilor unei noi ordini întemeiate pe echitate și dreptate, capabile să ofere tuturor națiunilor posibilitatea unei dezvoltări economico-sociale independente și libere, în interesul întregii umanități și al păcii».

De la acest eveniment a trecut un an. Cu ce rezultate ? Realitățile extrem de diferite înregistrate în statisticile sanitare și comunicate presei indică încă o diferență de 17 ani în ceea ce privește speranța de viață între țările dezvoltate și cele în curs de dezvoltare.

Dincolo de diferențe, un fapt este clar pentru toți : situația sanitară a Terrei este departe de a fi corespunzătoare și conformă cu marile achiziții științifice și tehnologice ale acestui secol.

Pentru a le pune de acord prin eforturi conjugate — naționale și internaționale — pînă la termenul propus de către O.M.S. mai sînt 19 ani.

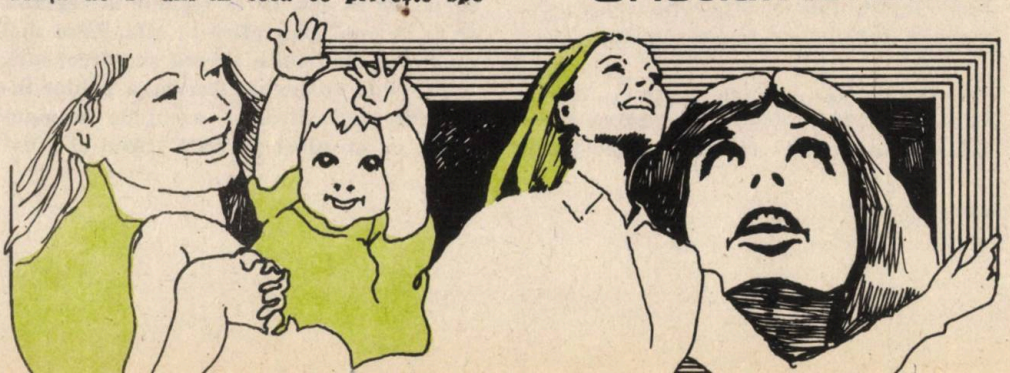
Luînd cuvîntul în cadrul celei de a 34-a Adunări Mondiale a Sănătății, șeful delegației române, prof. dr. Eugen Proca, ministrul sănătății, referindu-se la programul „Sănătate pentru toți în anul 2000", a subliniat că potrivit orientărilor generale ale politicii externe a României, de lărgire continuă a cooperării cu toate statele care urmează calea unei dezvoltări independente, țara noastră este gata să-și aducă contribuția la acest obiectiv major. Ca o ilustrare a acestei politici, în România învață 18 000 de studenți străini, din care mai mult de 6 000 în domeniul medicinii.

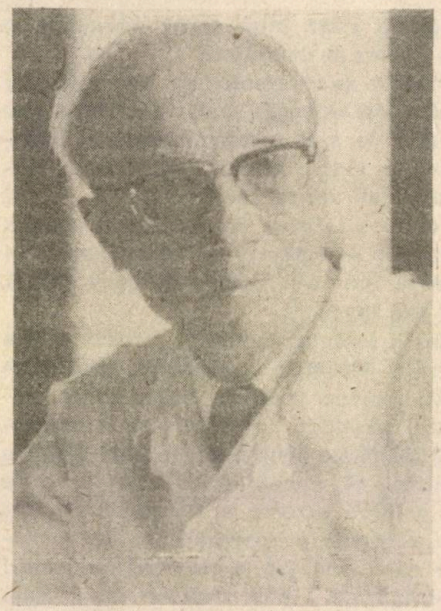
La cea de a 34-a Adunare Mondială a Sănătății au fost propuse și etapele necesare îndeplinirii dezideratului O.M.S. „Sănătate pentru toți" :

- 1985 — asigurarea unei hrane corecte și suficiente pentru întreaga populație a Terrei ;
- 1986 — asigurarea medicamentelor necesare ;
- 1990 — aprovizionarea satisfăcătoare cu apă potabilă ;
- 1990 — vaccinarea tuturor copiilor în vederea prevenirii rujeolei, tetanosului, poliomielitei, tuberculozei și difteriei.

Numărătoarea inversă continuă !

Cristian Ionescu





INTERVIU CU ACAD.

ȘTEFAN MILCU despre

sănătatea și conduita omului modern

Academicianul Ștefan Milcu este un reprezentant de seamă al școlii românești moderne de endocrinologie, om de știință, cunoscut prin cercetările sale teoretice, experimentale și clinice în diferite domenii ale endocrinologiei și biologiei umane.

Este membru al unor numeroase societăți științifice și academii : Tiberina (Roma), Leopoldina — Halle (R.D.G.), Societatea Internațională de Endocrinologie (Washington), de Biologie (Paris), Royal Society of Medicine (Londra) etc. Este Doctor Honoris Causa al Universității din Rennes (Franța) și Budapesta.

A scris numeroase tratate și lucrări mult apreciate nu numai în țară, dar și peste hotare.

— Ca om de știință, care abordați cu multă ușurință o problematică variată în domeniul medicinii, vă rugăm să vă referiți la cele mai actuale probleme cu care se confruntă medicina contemporană, și anume aceea a vieții raționale, în general, și a bolilor civilizației, în special. Ne-ați putea face o legătură între viața rațională și principalele maladii ale lumii contemporane ?

— Întrebarea conține noțiuni deopotrivă de vaste și dificil de cuprins într-o interrelație simplă : civilizația industrială, viața rațională și „principalele maladii ale epocii contemporane". Consider că trebuie înlăturată legătura obligatorie dintre civilizație și creșterea morbidității unei populații, deoarece boala este un fenomen natural, care afectează specia umană indiferent de nivelul ei de civilizație. Ea diferă de la caz la caz, de la regiune la regiune, de la o zonă geografică la alta, fiind mai mult sau mai puțin severă sau frecventă. Astfel, este cunoscută frecvența bolilor infecțioase, parazitare și carențiale la populațiile cu un nivel de viață scăzut și a bo-

lilor degenerative și metabolice la populațiile care trăiesc în condițiile civilizației tehnice, deși această legătură nu este valabilă pentru toate clasele lor sociale. Totuși, trebuie că recunoaștem că, în toate cazurile, viața rațională are un rol binefăcător, deoarece reduce riscurile îmbolnăvirii și severitatea invalidărilor. Nu putem afirma și nu putem recunoaște ca viață rațională decît acea viață care este condusă de un număr de principii și reguli conforme cu natura umană. Am putea numi aceste principii „cod al sănătății", sănătate pe care o prețuim numai atunci cînd o pierdem, și aceasta deoarece nu-l cunoaștem și dacă îl cunoaștem nu-l respectăm. Bolile caracteristice civilizației sînt provocate de discrepanța ecologică dintre specia umană și mediul industrial și urban, la care omul nu este încă adaptat. Printre acestea pot fi enumerate : nevrozele, psihozele reactive, bolile cardiace, hipertensiunea arterială, diferitele forme ale aterosclerozei precoce, intoxicațiile, accidentele de muncă și de circulație. Enumerarea lor ar putea însă continua. Și totuși, în aceste condiții atît de amenințătoare pentru om, mortalitatea generală și cea infantilă au scăzut, durata medie de viață a crescut, iar marile boli epidemice și parazitare au fost eradicate. Acest fapt ne demonstrează că civilizația a oferit populațiilor umane și condiții favorabile de viață, care au întrecut pe cele negative. Astfel, se detașează o viziune optimistă a viitorului, care va rezolva adaptarea civilizației tehnice la specificul speciei umane.

— După cum în științele tehnice au apărut în ultimul timp noțiuni noi ca : nave cosmice, sateliți, cibernetică, computerizare, tot astfel, în medicină, se vorbește astăzi tot mai mult despre factori de risc ca agenți cauzatori ai maladiilor. Se pare că acești factori au crescut direct proporțional cu gradul de civilizație. Care sînt aceștia și ce grupe de afecțiuni pot genera ?

— Factorii de risc sînt mai numeroși decît ne închipuim, datorită complexității organismului uman. Fiecare din acești factori are un specific în care intervine riscul unei îmbolnăviri, al unei intoxicații, stres sau accident. În orice moment al existenței noastre sîntem înconjurați de condiții și factori protectori și agresori ai integrității corporale și ai personalității. În procesul dinamic al adaptării, al protecției imunitare și al neutralizării factorilor și condițiilor abiotice, organismul uman reușește să-și asigure existența și să se reproducă. Apar însă și factori și condiții care depășesc capacitatea omului de apărare și de adaptare, devenind „factori de risc", a căror multiplicitate caracterizează civilizația industrială. Din acest punct de vedere putem cita poluarea, sub diversele ei forme, care creează condiții apariției intoxicațiilor acute sau a leziunilor minime, ce se însumează în timp, determinînd apariția bolilor respiratorii, gastrointestinale, cutanate și nevrotice.

Alimentația dezechilibrată cantitativ și calitativ constituie, de asemenea, un multiplu factor de risc, care tulbură prin malnutriție dezvoltarea copiilor și, în general, troficitatea țesuturilor, determină perturbarea metabolismelor, îndeosebi al grăsimilor și al zaharurilor, intervenind, în acest fel, în apariția atero- și arteriosclerozei, a diabetului, a bolilor carențiale, a îmbătrînirii precoce și invalidante. Această situație este agravată și de sedentaritate, pe care cei mai mulți dintre noi o acceptăm cu bună știință.

În sfîrșit, suprasolicitarea, stările conflictuale și diferitele forme de stres abundă în civilizația industrială, expunînd la apariția nevrozelor, a psihozelor reactive și a diverselor dezadaptări etc. Exemplificările ar putea continua, deoarece riscul este inerent existenței umane. Gradul de agresivitate și severitate decide trecerea de la un risc potențial la unul manifest.

— Se spune că la baza multor boli ale vieții moderne stau și unele disfuncții neuroendocrine, meritul școlii de endocrinologie condusă de dvs. fiind acela de a fi semnalat cu mulți ani în urmă acest aspect. Dealtfel, după cît se știe, rolul glandelor endocrine în etiopatogenia multor boli a

constituit și subiectul unor referate și co-referate prezentate în congrese și simpozioane naționale și internaționale. Ați vrea să detaliați acest aspect ?

— Este unanim admis că sistemul endocrin este, împreună cu sistemul nervos, „un integrator" al părților componente în organism și al organismului în mediul său de viață. Hormonii sînt mesageri chimici, care transportă la distanțe variabile informația chimică ce va fi decodată și executată de țesuturile receptoare. În realizarea numeroaselor procese funcționale, trofice și metabolice, intervine și sistemul nervos, la diferite niveluri ale sistemului endocrin, de la zonele centrale neuroendocrine și pînă la receptori. Intricarea funcțională a celor două sisteme este așa de strînsă încît a generat apariția neuroendocrinologiei, ca o știință interdisciplinară, tributară neurologiei și endocrinologiei.

Dacă ținem seama de cele menționate, rezultă că în numeroasele solicitări ale civilizației tehnice și ale condițiilor de existență în societatea modernă, sistemul neuroendocrin trebuie să rezolve pe de o parte adaptarea neuropsihică, iar pe de altă parte să asigure mecanismele energetice și metabolice ale activității sociale și profesionale. Acest proces complex are, inevitabil, și eșecuri, evidențiate de diferite boli și sindroame neuroendocrine.

Dereglarea acestui sistem complex determină apariția bolilor endocrine, caracterizate prin excesul sau minusul hormonilor, precum și prin perturbarea bioritmului lor secretor circadian, septenal, lunar și sezonier. Sistemul endocrin este afectat, de asemenea, în bolile diferitelor organe și țesuturi, în grade diferite și într-o măsură insuficient cunoscută. Cercetările noastre au pus astfel în evidență distiroidia reactivă **(secundară) în reumatismul acut și cronic, precum și măsura în care tonusul funcțional al tiroidei influențează evoluția bolii reumatismale și eficacitatea medicației antireumatismale. Un fenomen cu o și mai accentuată extensiune a fost constatat în evoluția tuberculozei pleuropulmonare și în tulburările endocrine din tuberculoză, depistate la nivelul tiroidei, corticosuprarenalei și gonadelor. Un aspect de mare actualitate îl constituie componenta endocrină în apariția și evoluția nevrozelor. Din acest punct de vedere putem menționa tulburările endocrine care determină apariția nevrozelor anxioase, depresive și fobice, precum și situația patogenică inversă, în care tulburările endocrine sînt secundare nevrozelor de suprasolicitare, stărilor conflictuale și, în general, diferitelor forme de stres.**

— Aflîndu-ne în plin „An internațional al persoanelor handicapate", am dori să ne precizați ce se înțelege prin cuvîntul handicapat și în ce măsură sînt implicate în această problemă cuceririle științei și civilizației moderne ?

— Nu întîmplător, Organizația Mondială a Sănătății a propus ca problemă prioritară în anul 1981 prevenirea și asistența persoanelor handicapate. Așa după cum ne arată înțelesul cuvîntului din limba engleză, compus din „hand" și „cap", este vorba de persoane aflate în inferioritate de a rezolva unele acțiuni, datorită unei corporalități defectuoase din punct de vedere genetic, congenital sau dobîndite. Infirmitățile cunosc o mare diversitate, dar cele mai multe afectează aparatul locomotor și sistemul nervos. Numărul persoanelor handicapate în lume este considerabil, fiind apreciat în prezent, după datele recente ale O.M.S., la 450 de milioane. Este evident că asistența socială și medicală a handicapaților solicită diferite măsuri pe care trebuie să le ia societatea și impune angajări bugetare crescînde. Persoane handicapate au existat totdeauna și vor continua să existe. Vom mai asista încă la malformații genetice și congenitale, transmisibile printr-un program genetic cu defecte în planul de organizare al unui individ. Un rol crescînd îl au substanțele toxice vehiculate ca medicament, cele din mediul poluat sau cele provenite din intoxicațiile voluntare, în care primul loc îl ocupă alcoolul și drogurile. Este cunoscut cazul malformațiilor provocate în unele

țări apusene de Thalidomidă, care, ingerată ca medicament în timpul sarcinii, a constituit o confirmare dramatică a rolului nociv pe care îl pot avea medicamentele obișnuite asupra embrionului și fătului uman. Iată de ce este recomandabil ca gravidele să evite, îndeosebi în primele 3 luni de sarcină, folosirea oricărui medicament. Această recomandare ce pare excesivă este justificată de insuficienta cunoaștere a influenței exercitată de medicamente în aparență inofensive.

De asemenea, în categoria handicapaților, un loc important îl ocupă handicapații prin accidentele de circulație, dar și cei a căror profesie expune la mari riscuri. Pentru ambele categorii sînt prevăzute legi, reguli și măsuri de protecție. Cu toate acestea, accidentele de circulație, generatoare de infirmități, cresc pe măsura expansiunii automobilistice și a pierderii instinctului de apărare în prezența agresivităților tehnice insuficient asimilate și apărute recent în comportamentul speciei umane.

Din cele arătate rezultă că este posibilă, cu mijloace adecvate, prevenirea proceselor malformative și mutilante, dar, în același timp, un rol important îl prezintă asistența medicală în recuperarea socială a persoanelor handicapate.

— Ca recunoscut om de știință și de cultură, ați văzut întotdeauna în educația sanitară un act de cultură civică, principiu care v-a călăuzit în întreaga dvs. activitate. Care este satisfacția ce o încercați prin acest comportament al savantului-cetățean ?

— Educația sanitară ar trebui să fie o componentă obligatorie a educației generale a fiecărui om. Într-o măsură foarte inegală, aceasta începe în familie, odată cu primele recomandări referitoare la curățenia corporală și la regulile de conduită nepoluate, cuprinse în acest principiu educativ. În perioada școlarizării, educația sanitară ar trebui să fie bazată pe o motivație științifică a conduitei, pe principiul interrelațiilor umane. Este necesar să se demonstreze că orice individ care nu respectă regulile igienei personale și colective este „un agresor" al sănătății proprii și al sănătății colectivității în care trăiește. Individul care nu cunoaște și nu-și însușește niște deprinderi sanitare răspîndește cu inconștiență bolile pe care le poartă și mă refer, în special, la cele venerice, care constituie un exemplu concludent al transmiterii unor boli sociale cu urmări dintre cele mai severe.

Educația sanitară necesită mijloace și condiții multiple pentru rezolvarea ei. Ea se însușește în etape, în funcție de vîrstă, profesiune și statutul social al individului de-a lungul întregii sale vieți. Problemele de educație sanitară trebuie adaptate unei epoci, unei anume populații, mentalități și sisteme de relații sociale. Mijloacele represive sînt utilizate în ultimă instanță, iar cele „standard" trebuie evitate.

Referitor la contribuția adusă prin activitatea mea cultural-științifică în mase, trebuie să subliniez că educația, în general, și cea sanitară, în special, au făcut parte dintr-un complex tematic în care au existat contingențe între cunoașterea științifică și comportamentul uman. Am militat totdeauna pentru un efort conștient, care trebuie făcut pentru asimilarea științei, capabilă să amelioreze modul nostru de gîndire, comportamentul social și responsabilitatea pe care o avem prin apartenența noastră la specia umană.

Realizator :
dr. GEORGE M. GHEORGHE

O viață dedicată sănătății omului

Interviu cu prof. dr. doc.

Constantin Arseni

membru corespondent
al Academiei R.S.R.

Reprezentant al școlii medicale românești, a cărui faimă a depășit demult granițele țării, prof. dr. doc. C. Arseni s-a impus încă de la începutul carierei sale, mai întîi ca distins internist, iar în cele din urmă ca neurochirurg. Și astfel devine discipolul și cel mai apropiat colaborator al prof. Bagdasar, care îi remarcă de la început consacrarea sa pentru această specialitate de mare finețe.

Deosebit de respectat și apreciat, este ales membru corespondent al Academiei R.S. România și membru a peste 14 societăți științifice medicale de peste hotare, din care menționăm : membru al Federației internaționale de neurologie, membru de onoare al „Societății franceze de neurologie și neurochirurgie", membru al „Academiei de științe din New York", membru al „Societății regale engleze de medicină", membru al „Societății de neurochirurgie din U.R.S.S.", membru fondator al Societății de psiho-neuro-endocrinologie, membru al Societății spaniole de neurochirurgie etc.

Este autor a zeci și zeci de lucrări și tratate de specialitate, unele din ele traduse și în alte țări. Acestea se remarcă, mai ales, prin originalitatea lor.

Promotor al școlii medicale românești de neurochirurgie modernă, personalitate de prestigiu mondial, prof. dr. Constantin Arseni are la activul excepționalei sale experiențe medicale circa 40 000 de intervenții neurochirurgicale, referitoare la : tumori cerebrale, măduvă, traumatisme craniene etc., precum și tehnici operatorii dintre cele mai îndrăznețe, demne de renumele său.

— Stimate tovarăşe academician Arseni, deşi timpul de care dispuneţi nu ne îngăduie să dialogăm cu dvs., totuşi, în răstimpul dintre două operaţii, cursuri cu medicii veniţi pentru specializare sau multiplele sarcini obşteşti, vă rugăm să ne vorbiţi — în dorinţa de a fi cît mai bine cunoscut de publicul larg — despre dascălii pe care i-aţi avut şi cum a început pasiunea dvs. pentru această specialitate de mare fineţe şi deosebit de dificilă, care este neurochirurgia ?

— Deşi născut pe plaiurile moldovene, am absolvit Facultatea de medicină la Cluj, avînd marea şansă de a avea ca dascăli pe cei mai renumiţi profesori ai acelor timpuri : Iuliu Haţieganu, Ion Goia, Titu Gane, I. Iacobovici, Grigoriu Cristea, Victor Papilian, C. Drăgoi, Iuliu Moldovan şi mulţi alţii. Erau cadre sanitare de mare valoare profesională, a căror faimă depăşise de mult hotarele ţării, făcînd să se vorbească încă de pe atunci de şcoala românească de medicină. Şi cum fiecare din aceşti mari profesori era un „titan" în specialitatea lui, le-am jurat atenţie şi dăruire tuturor. Aşa se face că am reuşit să fiu, în acelaşi timp, un bun diagnostician, datorită lui Haţieganu, un virtuos anatomist al clasei lui Papilian, anatomopatolog şi fiziopatolog pregătit de ceilalţi maeştri, calităţi care mi-au folosit în activitatea mea de mai tîrziu, ca neurochirurg. Am îndrăgit neurochirurgia, odată cu stabilirea mea în capitală, la clinica condusă de celebrul profesor Bagdasar. Aici, asistînd la o operaţie complicată pe creier, am fost fascinat într-atît încît m-am dedicat cu totul acestei discipline.

— A fi creator de şcoală medicală şi a purta rîvnita aureolă de neurochirurg de talie mondială este o calitate la care se ajunge foarte greu, după ani şi ani de bogată experienţă, de cercetări, studii şi consacrare, adesea obţinute cu eforturi nebănuite. Oare cît de greu a fost acest drum ?

— În orice ramură a medicínii, dar mai ales în chirurgie şi, în special, în neurochirurgie, pentru a ajunge cît mai aproape de vîrfurile ei, se impune să începi meseria cînd eşti foarte tînăr, să ai o mare voinţă şi putere de muncă fizică şi psihică, să renunţi la „micile plăceri" şi să te dăruieşti cu totul meseriei. De asemenea, se cere să învingi orice piedică, iar succesele să nu-ţi ofere prilej de îngîmfare. În plus, nu trebuie să-ţi faci iluzii niciodată, căci vei gusta curînd din amarul deziluziei. Şi referindu-mă la persoana mea, pot afirma că nu am avut niciodată deziluzii, deoarece nu mi-am făcut niciCînd iluzii. Este necesar să-ţi ordonezi activitatea pe baza unor planuri de muncă, pe care să le respecţi, fără să te plafonezi la un anumit nivel, ci, dimpotrivă, să rîvneşti la mai mult şi mai bine.

În activitatea mea zilnică, volumul cel mai mare de muncă îl ocupă, fără îndoială, îngrijirea bolnavilor şi studiul individual şi permanent, deoarece pentru un medic care trebuie să fie mereu în pas cu tot ce este nou în specialitatea sa, aceasta constituie o datorie, după cum o datorie este şi redarea în scris a tot ceea ce am învăţat, ştim şi practicăm.

Acest program se impune atunci cînd într-adevăr vrei să realizezi ceva în viaţă, să fii cît mai folositor semenilor tăi, tuturor celor care au investit atît de mult în tine şi te răsplătesc cu nobilul titlu de medic, titlu pe care tînăra generaţie a zilelor luminoase ale socialismului trebuie să ştie să-l poarte cu mîndrie şi spirit de dăruire, fără a uita vreodată sacrificiile şi uriaşele investiţii pe care le fac pentru ei partidul, statul şi poporul nostru.

— Se spune despre dvs. că aţi ajuns la o aşa de mare acumulare calitativă încît puteţi anticipa — chiar şi fără ajutorul tehnicii ultramoderne de care dispuneţi — diagnostice, stări patologice şi evoluţii în perspectivă şi chiar şi cele mai ascunse tumori la nivel cerebral. Care este secretul ?

— În acest an am împlinit 46 de ani de specialitate, eveniment care îmi conferă şi titlul de cel mai vechi neurochirurg din lume şi cu cea mai mare statistică în specialitate, fapt cu care mă mîndresc şi îl socotesc ca un omagiu adus ţării noastre, fiindcă este totuşi vorba de un reprezentant al şcolii medicale româneşti. Desigur

că o experiență căpătată de-a lungul a zeci și zeci de ani, întărită de condițiile ce mi s-au creat în zilele noastre de către partid, mă pun în situația de a da consultații de maximă calitate și eficiență, bineînțeles, beneficiind și de acel fler medical „inoculat" de mult stimatul meu maestru, Hațieganu. Perfecționîndu-mă an de an, astăzi sînt în situația să precizez un diagnostic numai dintr-o privire, după cum pot anticipa evoluția unei afecțiuni sau depista unele semne de boală mai puțin vizibile pentru un neexperimentat. Doresc să precizez că acest fapt nu constituie vreun secret, ci este numai rezultatul unui antrenament al omului de știință, al diagnosticianului și terapeutului, care — asemenea campionilor mondiali — face zilnic și cu răbdare exerciții, pentru a nu-și ieși din formă, mai ales că aici terenul de competiție este **omul.**

— Deși despre neurochirurgi se spune că au sînge rece, fără îndoială că în bogata dvs. activitate ați avut și situații de emoție, dar și de... suspans. Povestiți-ne un astfel de moment.

— Cînd am venit la neurochirurgie eram foarte tînăr și, desigur, ca în orice început am avut și decepții. Moartea pacientului pe masa de operație m-a zguduit cel mai mult, dar exemplul maestrului meu, profesorul Bagdasar, puterea sa de stăpînire, pasiunea pe care o punea în actul chirurgical, dar și ambiția mea, pe de altă parte, m-au călit cu timpul și m-am dedicat cu totul neurochirurgiei. Am vrut să fac această specialitate, deși era grea. La început nu cunoșteam prea mult din această ramură a medicinii și nici nu era scris nimic în acest profil. Doresc să menționez că Serviciul de neurochirurgie din București a fost unul din primele servicii din lume, fondat în anul 1935. În total, în lume, nu erau decît 100 de neurochirurgi. Așadar, întocmai ca și căutătorii de aur din Alaska, noi românii ne situăm printre primii pionieri în neurochirurgie. A fost desigur greu, dar eu am fost animat de dorința de a realiza ceva, calitate care mi-a dat puterea să înfrunt greutățile începutului. Așa se explică faptul că am reușit să învăț singur anatomia patologică a tumorilor cerebrale, care pune probleme deosebite, ceea ce m-a ajutat să devin astăzi autorul unei astfel de lucrări originale. Dar timpul trece, omul înaintează în vîrstă și, precum se știe, profesorul, dascălul slujitor de școală cu tradiție — cum este școala românească de neurochirurgie — vrea să lase ceva în urma sa. În acest sens și eu mă străduiesc să las acel ceva elevilor și colaboratorilor mei, care să ducă tot mai departe flacăra consacrării, în slujba sănătății omului.

— Dacă ar fi să discutăm în graiul cifrelor, folosind totodată timpul, orele și efortul depus de dvs. de la primele începuturi pînă în prezent, cîte operații ați efectuat în acești ani și la ce total de ore ați ajuns ? Ce calități psihico-fizico-profesionale trebuie să întrunească un bun neurochirurg ?

— Pînă acum cîțiva ani nu m-am bucurat de un concediu, deoarece concediul pe chirurg îl lenevește, „îl scoate din mînă", pierzînd din eleganța actului chirurgical. Excepție de la regulă sînt congresele, diferitele acțiuni obștești și, foarte rar, cîteva zile de odihnă.

Acum 15 ani în urmă, cînd beneficiam de o singură sală de operație și eram doar patru chirurgi în serviciu, numărul celor operați zilnic atingea cifra de 14 sau 16. Astăzi, cînd dispunem de 550 de paturi de spital, 17 săli de operație și o clinică ultramodernă, operăm în fiecare sală cîte 1—2 bolnavi zilnic. Personal, operez în 6 săli de 5 ori pe săptămînă. Făcînd înmulțirile și adunările veți afla că am operat peste 25 000 de tumori cerebrale, mii și mii de măduve, traumatisme craniocerebrale etc. În prezent, în clinică se efectuează orice operație din domeniul neurochirurgiei, dar eu prefer tumorile cerebrale, care pun cele mai dificile probleme. Acum, după 46 de ani de activitate neobosită, pot afirma că operația constituie punctul vital al vieții mele.

În ceea ce privește condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un bun chirurg, eu consider că este necesar ca acesta să

se dedice cu totul bolnavului, să opereze zilnic și să urmărească evoluția acestuia pînă la completa vindecare. De asemenea, se impune o pregătire temeinică, citind zilnic 4—6 ore atît în specialitate, cît și în disciplinele înrudite. O condiție esențială o reprezintă cunoașterea noțiunilor de anatomie generală, de anatomie patologică și, în special, aceea a sistemului nervos. Să fie totdeauna la curent cu noutățile din patologia sistemului nervos, din domeniul oftalmologiei, radiologiei și fiziopatologiei. Să nu obosească niciodată și să experimenteze mereu noi tehnici chirurgicale în sălile de disecție ; să dorească să învingă orice obstacol, să renunțe chiar și la plăcerile personale și să nu se lase copleșit de glorie.

— Revenind la prezent, ce operații mai deosebite se fac în clinica dvs., care este stilul dvs. de lucru în cadrul unei „echipe de intervenție chirurgicală" și cum vedeți afirmarea, în continuare, a școlii medicale de neurochirurgie românească ? Considerați că poate fi vreodată posibilă o grefă la nivelul creierului ?

— Întotdeauna noi operăm în echipă, fiecare medic executînd o parte din timpii operatori, după experiența fiecăruia. Desigur că neurochirurgii români vor continua să se afirme — mă refer la tineret — datorită posibilităților mari de care dispun și tradiției care trebuie menținută, pentru prestigiul școlii medicale românești.

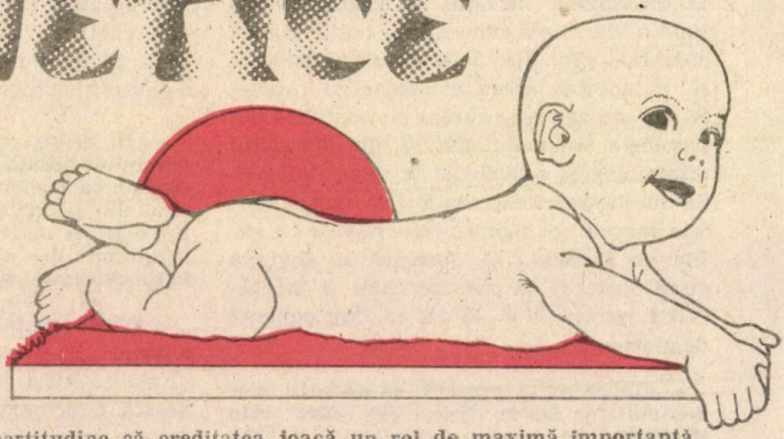
În ceea ce privește grefele în neurochirurgie, în prezent se fac în cazul leziunilor de nerv, dar există unele rezerve ; pe creier, aceasta nu este posibil, deoarece celulele de aici nu se refac. În creier, există însă multe posibilități de supleere, deoarece funcția zonei lezate poate să fie înlocuită de alte celule, potențial funcționabile. De remarcat că astăzi s-au făcut mari progrese în așa-zisele hemoragii sau ischemii cerebrale, unde sînt posibile anastomoze între vasele craniene și cele afectate. Totodată, patologia vasculară cerebrală face progrese evidente față de acum cîțiva ani, cînd era mai conservatoare : astăzi, o parte însemnată din această patologie a devenit neurochirurgicală.

— În încheiere, aș dori să mă adresez omului de știință și savantului academician Arseni, cu rugămintea de a ne expune cîteva din principiile care l-au călăuzit în întreaga sa activitate și cum se explică prestigiul de care se bucură școala de neurochirurgie din țara noastră ?

— Toată viața am căutat să-i ajut pe suferinzi, să-i redau familiei și societății cît mai sănătoși. Dacă neurochirurgia românească a acumulat o serie de reușite, aceasta este urmarea faptului că am respectat totdeauna acel spirit de echipă, difuzînd din experiența mea colaboratorilor mei, fără a precupeți nici un efort. Mi-am impus din primii ani ai meseriei mele corectitudinea actului medical, abnegația față de bolnav și respectul față de profesie, calități care pot servi drept model celor ce îmi vor urma. Totdeauna am căutat să urc greul drum cît mai departe, spre vîrful lui, și nici astăzi nu știu cît am parcurs din acesta... Mi-am propus să nu uit niciodată că sînt un fiu al țării mele, că sînt un om de știință-cetățean, care s-a născut, a trăit și a gîndit în spiritul dragostei față de aproapele său, față de poporul din mijlocul căruia a prins viață și s-a realizat și căruia îi datorează totul.

Realizat de
dr. GEORGE M. GHEORGHE

Noi dimensiuni ale profilaxiei GENETICE



Este de mult o certitudine că ereditatea joacă un rol de maximă importanță în patologia umană. Citeva date vor ilustra această afirmație. Cel puțin 1% dintre toți nou-născuții prezintă o anomalie cromozomială — un cromozom suplimentar sau o pierdere de material genetic — cu consecințe nefavorabile, uneori dramatice. De asemenea, 2—3% din acești copii au o oarecare tulburare, condiționată de o singură mutație genică. Acestea sînt bolile ereditare, în accepțiunea strictă a termenului. Alți copii prezintă însă o malformație mai mult sau mai puțin importantă, determinată de mai multe gene, în condiții particulare de mediu. În această grupă se includ următoarele afecțiuni : anencefalia, spina bifida, luxația congenitală de șold, piciorul strîmb congenital, stenoza pilorică.

Clasificarea de mai sus are, fără îndoială, o valoare practică deosebită. Ea constituie un criteriu de apreciere a riscului recurenței, a reapariției unui copil anormal. Pînă foarte recent, genetica avea puține posibilități să stabilească cu certitudine riscul nașterii unui copil malformat. De cele mai multe ori se stabilea natura tulburării familiale și se aprecia apoi riscul recurenței. Geneticianul prezenta părinților o simplă cifră, iar părinții aveau libertatea de a decide singuri dacă mai vor sau nu un alt copil. Deseori părinții nu înțelegeau bine semnificația unei valori oarecare. Toți doreau să aibă siguranța că viitorul lor copil va fi normal. Evident, nimeni nu putea oferi o asemenea certitudine.

Se spera însă că genetica va găsi cîndva metodele necesare investigării structurii ereditare a embrionului. Și speranța a devenit o realitate. Un evantai de tehnici ne permit să precizăm dacă embrionul este sau nu handicapat genetic.

Pentru a se înțelege mai bine performanțele actuale ale geneticii, reamintim că s-au identificat pînă acum mai mult de 2 500 de tulburări ereditare și cîteva zeci de sindroame cromozomiale. În fiecare an se adaugă alte zeci de tulburări determinate de mutația unei singure gene.

AMNIOCENTEZA

În lichidul amniotic plutesc, la sfîrșitul lunii a patra de viață intrauterină, numeroase celule fetale, desprinse din plămîni sau din tubul digestiv. Firește, aceste celule au structura genetică a embrionului. Pentru a se determina prezența unei tulburări genetice, celulele sînt extrase din lichid și multiplicate în cultura de laborator. Se pot studia apoi cromozomii, determinîndu-se astfel, dincolo de orice îndoială, universul cromozomial al fătului și numeroase enzime. Deficiențele enzimatice sînt cauza tulburărilor ereditare (a unui grup important de tulburări ereditare, numite sugestiv erori înnăscute de metabolism).

Amniocenteza se efectuează, din motive ușor de înțeles, doar în grupe selecționate, adică în grupele cu risc genetic : mame care au născut un copil cu o anumită anomalie cromozomială, mame care au născut un copil cu malformații multiple, mame în vîrstă, mame care au un copil cu o boală ereditară, determinată de o singură mutație genică.

În cele mai multe centre de genetică se studiază doar cromozomii fătului și cîteva enzime sau proteine, printre care și alfa-fetoproteina.

Alfa-fetoproteina este cea mai importantă proteină din sîngele fetal. Determinarea concentrației acestei proteine a devenit un parametru major în profilaxia prenatală. Nivelul alfa-fetoproteinei crește considerabil în malformațiile deschise de tub neural : anencefalia, spina bifida. Este interesant că nivelul aceleiași proteine crește semnificativ și în sîngele mamelor care au asemenea feți (proteina trece din lichidul amniotic în sîngele matern).

Alfa-fetoproteina atinge valori anormal de mari și în alte malformații congenitale : hidrocefalie, atrezie duodenală, nefroză.

Prezența unei cantități anormal de mari de alfa-fetoproteină sugerează, de asemenea, existența unui făt cu anumite anomalii cromozomiale (de exemplu, un făt cu cariotipul 45, X — sindrom Turner feminin).

Determinarea proteinei a devenit o metodă de rutină în țările cu un procent ridicat de malformații ale tubului neural, cum este Marea Britanie, unde frecvența anencefaliei și a spinei bifida ajunge la aproape 1%. În Europa continentală, din rațiuni necunoscute încă, incidența acestor malformații este semnificativ mai mică.

ULTRASONOGRAFIA

Ultrasunetele permit vizualizarea fătului. Pe ecranul ultrasonografului apar clar, după luna a patra de viață intrauterină, conturul craniului și cel al scheletului, iar în ultima parte a evoluției intrauterine apare și imaginea unor organe interne, mai mult sau mai puțin ușor identificabile. Prin ultrasunete pot fi astfel descoperite numeroase malformații congenitale ale craniului (anencefalia, hidrocefalia), ale coloanei vertebrale (spina bifida), ale membrelor și chiar ale tractului gastrointestinal (ascita fetală, hernia diafragmatică) sau ale rinichiului (agenezia renală, rinichiul polichistic).

Odată cu perfecționarea ultrasonografelor și cu creșterea experienței observatorilor, se vor putea diagnostica intrauterin mai multe sindroame ereditare, caracterizate prin anomalii ale scheletului. Diagnosticul exact presupune obținerea unei imagini satisfăcătoare a extremităților. Firește, nu este ușor, deoarece membrele fetale sînt în continuă mișcare.

Ultrasonografia mai are și alte aplicații : permite stabilirea numărului de feți, gradul de dezvoltare a fătului și, implicit, momentul aproximativ al nașterii, aprecierea cantității de lichid amniotic, iar în cîteva centre cu mare experiență, chiar și sexul fătului — este adevărat, cu un mare coeficient de improbabilitate.

Noi ultrasonografe pătrund în medicină și ele extind posibilitățile profilaxiei genetice. Foarte probabil, în viitorii ani va fi studiată direct și inima (dimensiunile totale, dimensiunile celor patru compartimente). Astfel, vor fi descoperite o parte din malformațiile congenitale de cord, diagnostic extrem de important, deoarece aproape 1% dintre toți nou-născuții au o malformație congenitală cardiacă.

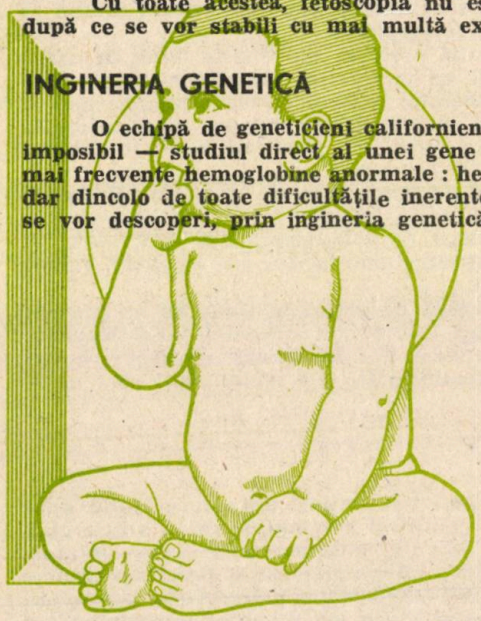
ALTE POSIBILITĂȚI

Vizualizarea directă a fătului, un vis al vechilor geneticieni, s-a transformat într-o splendidă realitate. Un fetoscop permite obstetricianului să inspecteze contururile fătului și să identifice dacă există, firește, malformații scheletice majore, izolate, sau componente ale unor sindroame.

Cu ajutorul fetoscopului se poate secționa un mic fragment de piele, care devine obiectul multor cercetări (de microscopie electronică, de histologie, de biochimie). Se pot detecta astfel o serie de tulburări cutanate ereditare, unele dintre ele deosebit de severe.

Tot cu ajutorul fetoscopului se poate extrage o mică cantitate de sînge fetal, suficientă pentru a descoperi prezența unei hemoglobine anormale, a hemofiliei, a unor deficiențe enzimatice. Ca o soluție eroică, în eritroblastozele fetale — expresie a unei incompatibilități Rh materno-fetale — s-a încercat transfuzia intrauterină. Și uneori rezultatele au fost remarcabile.

Cu toate acestea, fetoscopia nu este încă o tehnică de rutină. Ea va deveni după ce se vor stabili cu mai multă exactitate riscurile pe care le implică.



INGINERIA GENETICĂ

O echipă de geneticieni californieni au reușit ceea ce părea, pînă foarte recent, imposibil — studiul direct al unei gene umane, gena care controlează apariția celei mai frecvente hemoglobine anormale : hemoglobina S. Tehnica este extrem de dificilă, dar dincolo de toate dificultățile inerente începutului, credem că în viitorul apropiat se vor descoperi, prin ingineria genetică, numeroase tulburări ereditare.

Genetica evoluează într-un ritm care depășește cele mai optimiste dintre presupunerile deceniului trecut. Nimeni nu știe însă cum va evolua profilaxia tulburărilor genetice. Străpungeri revoluționare vor transforma detectarea prenatală a accidentelor genetice în tehnici simple și fiabile. Foarte probabil, în anii următori vom reuși prin automatizare să monitorizăm majoritatea sarcinilor și, fără îndoială, frecvența tulburărilor ereditare va diminua considerabil. Poate, cîndva, apariția unui copil handicapat genetic va constitui o o excepție.

Dr. C. MAXIMILIAN și dr. biol. DOINA IOAN

UN CAZ EXTREM DE RAR

Colegul meu de muncă, Dan Pandele,
zicea că se pricepe-n toate cele.
De pildă, într-un pod părăginit,
a dat, acum o lună, de cîteva tratate
de medicină, foarte demodate,
și le-a citit, înfierbîntat, pe toate,
convins că va ajunge un medic iscusit.

Curînd, în marea sa celebritate,
a dat și consultații gratuite
naivilor cu gîlci sau cu gastrite.

Dar, într-o zi, căzu la pat și el...
— E clar, a cugetat pe loc Pandele,
încredințat că leacul, într-un fel,
se și afla în tomurile grele.

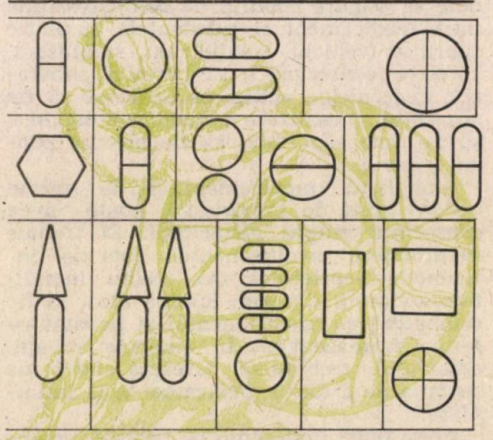
Apoi, scriind rețeta bănuită,
trimise un vecin la farmacie
să ia urgent prescrisa doctorie,
și-o înghiți pe toată-ntr-o clipită,
precum citise-n cartea năzdrăvană...

Situația creată n-a fost roză,
căci în tratat — eroare grosolană —
tocmai lipsea o virgulă la doză.

MORALA : Dan Pandele (caz clinic foarte rar)
muri dintr-o greșeală de tipar...

ANDREI CIURUNGA

drumul de la MOLECULĂ LA MEDICAMENT



V-aţi imaginat vreodată ce drum lung şi greu este parcurs de moleculă pentru a deveni medicament şi ce eforturi presupune realizarea unui medicament nou ?

Arsenalul terapeutic actual cuprinde un mare număr de substanţe, în majoritate foarte eficace, dar unele dintre ele cu risc terapeutic relativ important. Creşte progresiv proporţia medicamentelor obţinute prin sinteză, datorită posibilităţilor infinite ale chimiei moderne, care poate manipula cu uşurinţă un număr mare de nuclei, transformîndu-i, şi realizînd astfel foarte multe molecule originale, a căror activitate biologică este total necunoscută. Dar nu putem şti ce beneficiu sau ce pericol se ascunde în fiecare dintre substanţele noi ! Şi totuşi, merită investigate, deoarece numai astfel se pot obţine medicamente cu proprietăţi noi, care să se adauge la mijloacele existente de profilaxie şi tratament. Aceasta implică însă o abordare multidisciplinară, în colective largi, care cuprind : chimişti, farmacişti, biologi, farmacologi, medici practicieni, statisticieni etc., ce folosesc o metodologie proprie riguroasă, cu eforturi financiare considerabile. Probele pe care trebuie să le treacă un medicament nou pînă să fie introdus în terapeutică sînt foarte severe. În ansamblu, probabilitatea ca o moleculă nouă să devină medicament este de 1/2 000—1/4 500, ceea ce înseamnă că din 2 000—4 500 de substanţe studiate numai una va însuma toate proprietăţile necesare folosirii în clinică. La aceasta se mai adaugă faptul că din 200—400 de preparate noi (medicamente unice sau asociate), care sînt introduse în circuitul farmaceutic pe plan mondial, în fiecare an, puţine rezistă la proba timpului.

Evaluarea substanţelor noi are drept scop obţinerea de medicamente active şi nepericuloase, mai avantajoase decît cele disponibile, excluzînd atît compuşii inactivi sau puţin activi, cît şi pe cei a căror folosire ar putea provoca accidente. Problema este atît de importantă încît face obiectul unor reglementări pe linie de stat şi cade în sarcina unor instituţii oficiale, specializate. Aceasta garantează calitatea medicamentului şi exclude (în măsura posibilului) accidentele, care pot avea implicaţii atît individuale, cît şi sociale.

Substanţele care fac obiectul cercetărilor pot fi naturale — preparate din plante, din diferite ţesuturi animale — sau sînt substanţe de sinteză. Preparatele naturale sînt studiate ştiinţific, de obicei ca urmare a unor observaţii empirice, axate pe medicina populară. Studiul substanţelor de sinteză se face fie pornind de la molecule dovedite anterior active, fie abordînd clase chimice încă necunoscute în domeniul medicamentului.

Orice substanţă nouă se cercetează, la început, obligatoriu, pe animale de laborator. Studiul direct asupra omului nu este permis, deoarece este legat de mari riscuri. Investigarea la animale urmăreşte decelarea acţiunilor farmacologice de interes ca, de exemplu, acţiunea antispastică, sedarea, înlăturarea durerii, micşorarea secreţiei acide a stomacului, scăderea presiunii arteriale, stimularea inimii etc. De asemenea, este cercetată toxicitatea şi se stabileşte raportul dintre doza eficace şi doza toxică. Metodologia folosită este apoi reglementată oficial, asigurîndu-se un standard riguros al cercetării, care să furnizeze date ştiinţifice reproductibile, capabile să permită trecerea la studiul clinic.

Substanţele dovedite experimental ca avantajoase, fiind eficace şi cu toxicitate mică, sînt investigate, în continuare, la om, după aprobarea prealabilă a unei comisii oficiale de experţi — Comisia medicamentului. Datele obţinute experimental au numai valoare orientativă, omul deosebindu-se mult de animalele de laborator prin : reactivitatea tisulară şi particularităţile metabolice, patologia proprie, contextul psihosocial al vieţii sale. Numai cercetarea clinică riguroasă a substanţelor noi, condusă după reguli ştiinţifice şi

în condiții etice proprii ființei umane, poate asigura eficacitatea și inocuitatea, obligatorii pentru orice medicament care urmează să aibă folosință largă.

Evaluarea la om se efectuează după un plan riguros, în mai multe etape succesive, urmărind efectele farmacologice, comportarea medicamentelor în organism și eficacitatea lor terapeutică ; de asemenea, în cursul cercetării clinice se stabilesc condițiile de dozare și schemele terapeutice optime.

Studiul clinic farmacologic trebuie să aibă, într-o anumită etapă, un caracter controlat, adică să folosească comparația. Substanța nouă este evaluată, după situație, în paralel cu o substanță inactivă sau cu un medicament cunoscut, de referință. Comparația permite excluderea unor interferențe de ordin psihologic — așa-numitul efect placebo —, care pot vicia rezultatele, dînd impresia de falsă eficacitate. Criteriile de apreciere a eficacității și inocuității trebuie să cuprindă, pe lîngă indicii subiectivi inevitabili în clinică, indici obiectivi, cantificabili, care să facă posibilă exprimarea cifrică și prelucrarea statistică.

O altă cale de cercetare pentru introducerea în practică a unui medicament nou este cea de biofarmacie. Medicamentul nu înseamnă numai substanța activă, ci substanța activă prezentată în forma cea mai bună pentru terapeutică. Structura și forma cristalină (care sînt în funcție de modul cum s-a realizat sinteza) pot fi importante pentru modul în care se face absorbția, respectiv pentru cantitatea de medicament care pătrunde în organism, deci care va acționa asupra acestuia. Literatura de specialitate semnalează deosebiri între diferitele preparate de acid acetilsalicilic (aspirină), de digoxină (un tonicardiac) sau de fenitoină și alte antiepileptice, deosebiri determinate de forma cristalină a medicamentului. Forma și dimensiunile particulelor substanței pot, de asemenea, influența activitatea în organism. Astfel, anumite medicamente ca, de exemplu, griseofulvina (un antibiotic folosit în boli provocate de ciuperci) sau spironolactona (un diuretic), se absorb bine numai dacă sînt preparate sub formă de pulbere micronizată, adică pulbere formată din particule foarte fine, de 2—5 microni.

Forma farmaceutică (tablete, capsule, supozitoare, fiole etc.) trebuie aleasă astfel încît să se potrivească cît mai bine medicamentului și situației clinice. Ea trebuie să asigure condiții de compatibilitate între medicament și substanțele auxiliare cuprinse (vehicul, solubilizant, stabilizant, corectiv, conservant), să permită eliberarea moleculelor active ce urmează să fie absorbite, să realizeze o stabilitate maximă, să fie bine suportată, să fie plăcută pentru bolnavi.

Ambalajul medicamentului, la prima vedere lipsit de importanță, poate avea consecințe asupra eficacității. El trebuie să protejeze medicamentul față de influențele neprielnice din mediu (umiditate, oxigenul din aer, lumină etc.), să fie compatibil cu medicamentul și potrivit cu forma farmaceutică. În anumite situații, ambalajul trebuie să ferească copiii de tentația de a folosi medicamente la întîmplare.

Abia după îndeplinirea tuturor condițiilor, care țin atît de substanța activă, cît și de forma farmaceutică, medicamentul este autorizat pentru fabricație și poate fi folosit.

După trecerea sa în uzul larg, fiecare lot de fabricație este controlat, pentru a corespunde specificațiilor. Medicii au obligația să supravegheze și să înregistreze efectele nedorite ale medicamentelor utilizate, care pot să apară la un moment dat.

Așa se naște și trăiește un medicament. Acestea sînt regulile care trebuie respectate, pentru ca medicamentele să salveze viața omului, fără a deveni un factor nociv, de poluare chimică.

Prof. dr. doc. V. STROESCU

Catedra de farmacologie,
I.M.F. București

Gena, cromozomul și microscopul

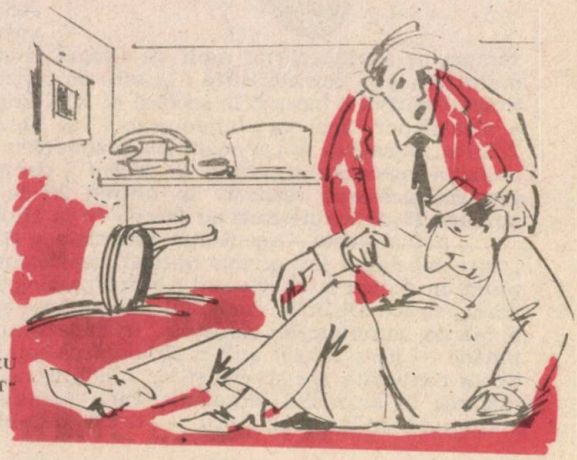
(fabulă în microuniversul celular)

O genă, din cele dotate
Cu multă personalitate,
Discută-n corpul unui om
Cu propriul ei cromozom.
— Azi — spune — toată lumea știe
Că eu am, în biologie,
Rol de-a vehicula sub soare
Mesajele ereditare.
Toți au aflat că eu, în spate,
Metehne car, ori sănătate,
Înzestrînd oricare făptură
După-a strămoșilor structură.
Toți știu că pot s-aduc în dar
O tară sau poate un har,
Făcînd ca omu-n care vin
Să fie geniu sau cretin.
Și cînd eu geniu aici spun,
Îl înțeleg doar pe cel bun,
Căci pot, la fel de ușor, zău,
Să fac din om și-un geniu rău.

Dar, la poveste-asta cu omul,
O întrerupe cromozomul :
— Genă, cît ești de guralivă,
Tot pe atît ești de naivă,
Căci, taină începînd să fie
Menirea ta-n biologie,
Vei fi creată-n viitor
Pe cale de laborator,
Savanții preluînd din tine
Doar partea care le convine,
Spre-a face, prin sintetizare,
Un soi de uniformizare,
Așa fel ca oamenii toți
Să fie ca niște roboți.
La astă prevestire-amară,
O voce se-auzi de-afară,
Care se prezentă laconic :
— Sînt microscopul electronic
Și intervin, ca să-ncetați,
Fiindcă teribil vă-nșelați,
Căci voi, cu haruri și cu tare,
Veniți haotic, la-ntîmplare,
Stîrnind, prin ale voastre date,
Contraste, mai presus de toate,
În vreme ce știința cată
Spre-o lume mai umanizată ;
Pe voi putînd azi să lucreze,
Savanții vor s-anihileze,
Numai particulele care
De genii rele-s purtătoare.
Să nu ne mai trezim anume,
Cu un Nerone iar pe lume,
C-un alt Machiavel sardonic
Sau c-un nou Hitler paranoic.

Știința de azi să dea poate
Vieții o nouă calitate,
Astfel ca omenirea-ntreagă
Prin dialog să se-nțeleagă,
Fără dictat sau dominare,
Fără războaie sau teroare,
Ca globul nostru-n astă vreme,
Planeta păcii să se cheme.

ION VULPESCU



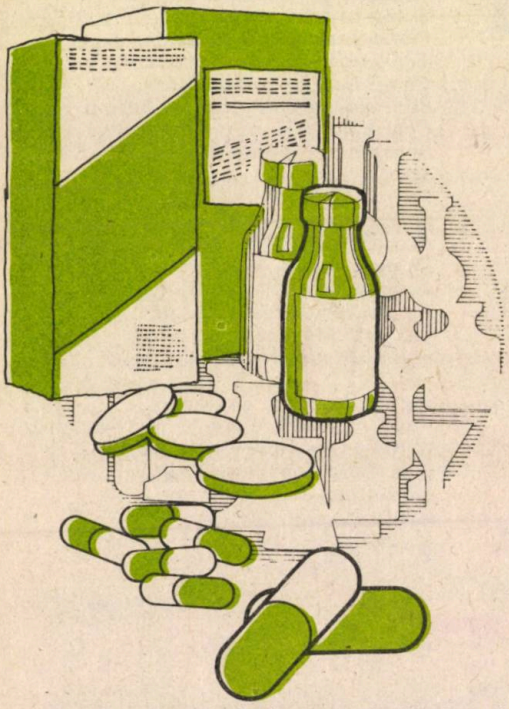
— NU VĂ SPERIAȚI, DOCTORE, ȘTIȚI, EU SÎNT ACTOR ȘI NUMAI M-AM „PREFĂCUT" CĂ MOR, DUPĂ INJECȚIE...

medicamentele

Un aliat al omului împotriva bolii

Conf. dr. doc. M. COTRĂU

Disciplina de toxicologie, I.M.F. Iaşi



Încă de la apariţia sa, omul a căutat să-şi aline durerea şi să suprime celelalte manifestări ale bolilor, apelînd la o serie de leacuri ce i-au stat la îndemînă, fapt ce l-a determinat pe Osler (1891) să afirme că „omul se deosebeşte de celelalte fiinţe prin dorinţa de a consuma medicamente". Această tendinţă este atestată de cele mai străvechi mărturii arheologice. Astfel, sumerienii au lăsat dovada cunoştinţelor lor medicofarmaceutice în inscripţiile de pe tăbliţele de lut de la Nippur (2100 î.e.n.). În Orientul îndepărtat, încă din mileniul al 3-lea, chinezii şi indienii cunoşteau numeroase droguri vegetale, animale şi minerale, unele rămase în uz pînă astăzi. Egiptenii, fenicienii, apoi grecii şi romanii, au acumulat noi cunoştinţe în acest domeniu. Însuşi Homer descria Egiptul ca „o ţară bogată, care produce din abundenţă droguri : unele sînt remedii, altele otrăvuri ; ţară a medicilor celor mai învăţaţi din lume".

De atunci şi pînă la obţinerea actualelor medicamente a fost parcursă o cale lungă. Fiecare medicament a însemnat un pas înainte în combaterea, ameliorarea sau vindecarea unor boli, în atenuarea unor fenomene de senescenţă, în prelungirea speranţei de viaţă. Progresele din chimioterapie ne-au îndepărtat mult de timpul cînd Voltaire scria despre medicament, cu maliţiozitatea-i caracteristică : „...este un remediu despre care nu se cunoaşte nimic". Etapa decisivă a început în secolul al XIX-lea, odată cu descoperirea unor anestezice, a alcaloizilor, apoi cu chimioterapia lui Ehrlich, după care a urmat, în secolul al XX-lea, obţinerea vitaminelor, a sulfamidelor, a hormonilor, a antibioticelor etc. Dezvoltarea maximă din ultimii 25 de ani a permis să se afirme că „pe planul ştiinţelor farmaceutice s-au realizat în ultimii 25 de ani mai multe progrese decît în cele aproape 25 de secole care au trecut de la Hipocrate şi pînă în prezent".

Actualmente, Organizaţia Mondială a Sănătăţii defineşte medicamentul astfel : „orice substanţă sau produs utilizat sau destinat a fi utilizat spre a modifica sau explora un sistem fiziologic sau o stare patologică în interesul individului căruia îi este administrat". Dealtfel, domeniul farmaceutic este unul dintre domeniile care cunoaşte o febrilă activitate de cercetare, în care s-au investit forţe enorme — economice şi umane — de-a lungul anilor. Elaborarea unui nou produs farmaceutic implică eforturile conjugate ale specialiştilor din diverse discipline. Timpul dintre proiectare şi intrarea în arsenalul terapeutic variază între 5 şi 10 ani de cercetări asidue. Sînt sintetizate, în general, 3 000 — 10 000 de substanţe pentru a se obţine un produs

eficace. Astfel, pentru realizarea antiviralului Symetrel, cercetătorii de la Du Pont de Nemours au investigat 20 000 de substanțe, iar pentru medicamentele anticanceroase sînt testate cîteva milioane de substanțe doar pentru un singur produs cu o anumită eficacitate. Costul unor asemenea investigații complexe este desigur ridicat ; în S.U.A., în ultimii 10 ani asemenea cheltuieli au crescut de 7—8 ori, ajungînd la 50 de milioane de dolari anual.

Dar ceea ce trebuie să se știe este că majoritatea medicamentelor prezintă un oarecare grad de periculozitate, fiind asemănate — nu fără temei — cu „săbii cu două tăișuri", fapt care demonstrează că activitatea terapeutică nu poate fi complet despărțită de cea toxică. Dar, cu toate acestea, medicamentele, prin însăși destinația lor — ameliorarea, vindecarea sau prevenirea bolilor —, trebuie să satisfacă criteriul fundamental de calitate, înscris în străvechea formulă *„primum non nocere"*. Controlul calității medicamentelor a apărut și a fost legiferat destul de tîrziu, fiind înscris în prevederile diverselor farmacopei. Primii pași în acest domeniu i-a reprezentat descrierea unor plante și a unor elemente ca : mandragora, mercurul, antimoniul etc., efectuată atît în vederea recunoașterii, cît și a utilizării lor în terapeutică. Treptat, aceste descrieri au fost îmbogățite și înmănuncheate, constituind primele farmacopei, care au apărut în diverse centre culturale ca : Florența, Paris, Barcelona, Nürnberg, Londra, Edinburg, Viena etc. Ulterior, la începutul secolului al XIX-lea, au apărut primele farmacopei naționale, pentru ca în prezent să se ajungă la farmacopeea internațională. Astăzi, ele reprezintă exigențele oficiale în direcția caracteristicilor privind puritatea și conținutul de principii active ale diverselor droguri și medicamente, constituind „codul" farmaciștilor.

Exigențele în materie de puritate sînt justificate de descoperirea unor efecte nocive, datorite de fapt impurităților prezente în drogul sau medicamentul respectiv. Un exemplu grăitor îl constituie cazul recent al antisepticului hexaclorofen, a cărui toxicitate s-a precizat — după accidentul de la Sevesso (1976) — că se datora prezenței urmelor de dioxină, rezultată în timpul sintezei produsului.

Una dintre cele mai importante probleme pe care le ridică medicamentele moderne o constituie apariția efectelor adverse. Studiile epidemiologice în acest domeniu au arătat că prin administrarea unor medicamente apar astfel de tulburări, denumite iatrogene. Acest fenomen a impus organizarea pe plan național și internațional a serviciilor de farmacovigilență, care au rolul de a colecta și integra toate informațiile provenite de la medici, farmaciști și chiar pacienți, privind apariția unor efecte secundare nedorite la administrarea oricărui medicament. Acțiunea susținută a acestor servicii și colaborarea dintre ele pe plan internațional a condus la scoaterea din uz a numeroase produse farmaceutice, prevenind astfel tragedii de genul Thalidomidei.

Există pe plan mondial o tendință accentuată de stabilire a unor norme riguroase pentru asigurarea inocuității maxime a tuturor medicamentelor. Întrucît o inocuitate absolută este greu de obținut, în aprecierea riscului medicamentos, F.D.A. (Food and Drug Administration = Administrația pentru controlul calității alimentelor și medicamentelor), în 1973, nu ține seama de securitatea în sine, ci de raportul dintre eficacitate și securitate. Securitatea unui medicament este stabilită prin considerarea, pe de o parte, a valorii terapeutice, iar pe de alta, a efectelor toxice posibile, precum și prin compararea cu periculozitatea și eficacitatea altor preparate similare. În acest mod se stabilește raportul dintre avantajul și riscul produsului respectiv. Există însă și păreri care susțin că actualul set de teste nu asigură totuși inocuitatea maximă, deoarece ele se execută pe animale, iar transpunerea rezultatelor de la animal la om nu elimină totdeauna riscurile. Organismele specializate în acest domeniu sînt în căutarea unui echilibru rațional și judicios între numărul de teste absolut necesare pentru asigurarea inocuității maxime și nevoia imperioasă de a accelera și intensifica producerea de noi agenți terapeutici de mare eficacitate.

În prezent, se impune adaptarea medicamentelor în curs de elaborare și a celor în perspectivă nu numai la cauza bolii, ci și la specificul fiecărui bolnav, precum și direcționarea lor spre locul precis unde s-a produs perturbarea generatoare de boală.

Dealtfel, este demonstrat că vechiul adagiu „nu există boli, ci doar bolnavi" are un substrat biochimic. Într-adevăr, indivizii nu reacționează identic nici în fața bolii și nici la tratamentul medicamentos. Pe lîngă diferențele de vîrstă, sex, stare fiziologică etc., fiecare persoană are un echipament enzimatic propriu. Există persoane hiposensibile, cu răspuns încetinit la o anumită medicație, iar altele hipersensibile, cu răspuns intens sau chiar mortal la medicamente curente ca : aspirină, clo-

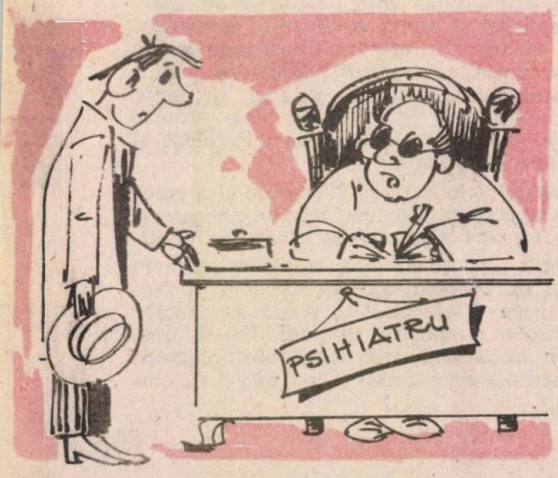
roform, unele antimalarice, sulfamide, penicilină etc. Datorită farmacogeneticii, s-a putut stabili că aceste episoade, adesea dramatice, au la bază unele deficiențe în lanțul de enzime antrenate în metabolizarea și eliminarea acestor substanțe exogene. Înainte de această constatare, farmacoterapia se adresa unui prototip, „bolnavul mediu", care în fapt nu există.

Pe de altă parte, studiile de la nivelul sinapselor neuronale au permis obținerea de medicamente cu o înaltă specificitate. Ele intensifică, reduc sau blochează influxul nervos, prin acțiunea lor specifică la diversele niveluri ale procesului de transmitere a influxului cu ajutorul mediatorilor chimici. Astfel, blocanții acidului gama-aminobutiric (GABA), ca bicuculina și picrotoxina, împiedică fixarea acestui acid, mediator de calmare, pe receptorul specific postsinaptic, transformînd starea de calm într-o stare agresivă. Aceeași direcționare „la țintă" a noilor medicamente va permite corectarea deficiențelor enzimatice ale produsului de concepție, prin tratare intrauterină, atunci cînd controlul din timpul sarcinii, prin teste de înaltă specificitate, dovedește aceste deficiențe.

Adesea, producerea de medicamente reclamă rezolvarea de noi necunoscute, confirmînd afirmația unui teoretician al revoluției tehnico-științifice, Charles Tavel, că „orice mare descoperire științifică pune mai multe probleme decît rezolvă". Pentru aceste motive, numeroase țări au căutat să formuleze o „politică științifică cu privire la medicamente", la noi ea fiind înscrisă în Directivele superioare de partid și de stat privind asigurarea sănătății populației.

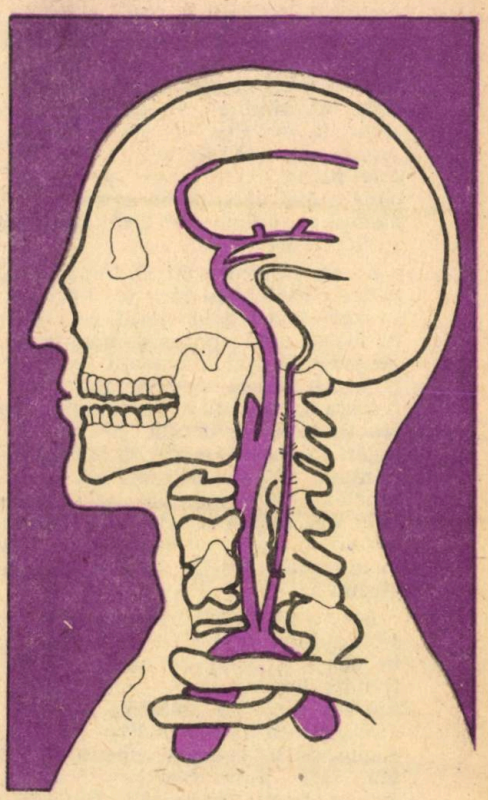
Respectarea acestor imperative de către cercetători, producători, terapeuți și pacienți asigură medicamentelor calitatea de aliat al omului împotriva bolii.

— DOCTORE, NU MAI POT ! TOȚI ÎMI SPUN „ÎNCUIATULE" !...
— PĂI SĂ-ȚI DAU NIȘTE LAXATIVE...



— TATĂ, TU EȘTI DOCTOR DE COPII ?
— DA !
— ATUNCI DE CE CÎND SÎNT BOLNAV, BUNICA ZICE C-O SĂ CHEME UN DOCTOR?!...

„SPĂLAREA" creierului



Creierul omenesc reprezintă, indiscutabil, cea mai perfecţionată creaţie a naturii. Graţie acestui centru superior de conducere şi coordonare, graţie, aşadar, acestui Houston al biologiei individuale, miliardele de celule vii care alcătuiesc corpul vor acţiona în cadrul unei realităţi unitare şi conştiente, realitate capabilă de incredibile performanţe.

Totul acţionează asupra creierului, iar acesta, la rîndul său, asupra aceluiaşi tot. În această unitate dialectică stă de fapt secretul acestei uimitoare şi organice interdependenţe. Omul este posesorul celui mai complex şi mai dezvoltat creier din întreaga scară animală. Făcînd această subliniere, este necesar să afirmăm că omul dispune de cel mai dezvoltat creier, fără ca acesta să fie şi cel mai greu. Astfel, creierul balenei, cu cele 6 kg ale sale, este de aproximativ 4 ori mai mare decît al omului care, în medie vorbind şi referindu-ne la bărbatul adult, cîntăreşte în jur de 1 360 g.

Raportul dintre greutatea corpului şi aceea a creierului reprezintă un criteriu valoric mult mai important decît greutatea privită izolat şi de acest raport va trebui să ţinem seama ori de cîte ori vom aborda problema evoluţiei onto- şi filogenetice a creierului. Aşa, de exemplu, creierul uman reprezintă a 48-a parte din greutatea corpului. Acest raport este în cazul leului de 1/500 şi, firește, acest fapt nu este lipsit de importanţă şi semnificaţie. Un alt fapt bine stabilit este că valoarea cu totul deosebită a creierului uman nu ţine numai de dezvoltarea sa în totalitate, aşa cum se întîmplă la alte vieţuitoare, ci, mai ales, de dezvoltarea deosebită pe care a cunoscut-o porţiunea prefrontală a acestuia. Cîtă vreme această porţiune reprezintă numai 8% din scoarţa cerebrală la maimuţa inferioară, 12% la maimuţa obişnuită şi 17% la cimpanzeu — considerat o maimuţă superioară — ne va menţine un decalaj mare, la om această valoare ridicîndu-se la 29%. Pe baza acestei hipertrofii notabile a regiunii prefrontale din creierul uman, putem susţine punctul de vedere că, de fapt, **omul dispune de un creier suplimentar, care lipseşte primatelor şi, cu atît mai mult, celorlalte mamifere mai puţin dezvoltate.**

Esenţa deosebirilor calitative dintre diversele tipuri de creier rezidă, de fapt, în gradul de perfecţionare a neuronilor — celulele nervoase fundamentale —, ca şi în complexitatea conexiunilor ce se stabilesc între ei. Din acest punct de vedere, **scoarţa cerebrală umană sau cortexul, cu cele aproximativ 14 miliarde de celule ale sale, dispuse în stratul de substanţă cenuşie, gros de numai 2—3 mm, reprezintă de fapt aurul cenuşiu al întregii biosfere — aşadar, minereul ei cel mai de preţ.** Pentru acest simplu motiv, omul se situează, în comparaţie cu cele mai evoluate mamifere (primatele), în postura în care se află Everestul faţă de o colină obişnuită. Ştiinţa şi tehnica modernă, imitînd creaţiile naturii, ne-au pus la dispoziţie creiere electronice dintre cele mai perfecţio-

nate, care, din foarte multe puncte de vedere, depășesc performanțele realizate de creierul uman. Cu toate acestea, ordinatoarele (căci despre ele este vorba) nu vor reuși niciînd să se substituie creierului uman și aceasta, în primul rînd, pentru faptul că omul este viu, în timp ce mașina este moartă. Din acest punct de vedere sîntem mai aproape de amoebă, cu tot psihismul ei rudimentar, decît de cel mai perfecționat ordinator.

Așadar, ținînd cont de importanța covîrșitoare și vitală pe care acest organ o ocupă în economia organismului, este cît se poate de logică preocuparea oamenilor de știință pentru cele mai convenabile și mai eficace mijloace terapeutice, capabile de a influența în sensul dorit funcționalitatea și reactivitatea cerebrală, precum și pentru a găsi mijloace tot atît de eficace de igienă mintală, de conservare a potențialului funcțional al acestui organ, cu alte cuvinte, de a găsi mijloace active de spălare a creierului și a circumvoluțiunilor sale de toate impuritățile și dezordinile care îl pot afecta.

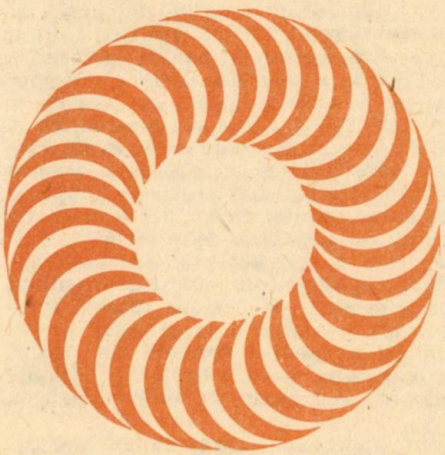
Istoria medicinii consemnează faptul că străduințele și căutările umane pe linia influențării comportamentului și a reactivității cerebrale, pe linia influențării pe această cale a psihismului, sînt foarte vechi. Toate marile civilizații ale lumii au dispus de mijloace terapeutice, mai mult sau mai puțin reprezentative, destinate acestui scop. Toate colectivitățile umane au recurs la diverse droguri, care să influențeze într-un fel sau altul creierul. Putem stabili, din acest punct de vedere, o veritabilă istorie, geografie, patologie și sociologie a cînepii indiene, de exemplu, a hașișului oriental, a frunzelor de cola din Anzii Cordilieri etc. Medicina modernă s-a folosit în mod plenar de experiența diverselor popoare în această privință. Arsenalul terapeutic medicamentos care influențează celula nervoasă este destul de reprezentativ, dar tocmai aceasta reliefează faptul că nu sîntem încă în posesia acelor cîteva droguri de mare eficiență și tolerabilitate la care să apelăm ori de cîte ori este nevoie. **Așa-numitele excitante cerebrale, grație cărora obținem pe moment senzația — falsă dealtfel — a unui exces energetic de moment, nu reprezintă nici pe departe un autentic remediu al oboselii.** Clasicul Pervitin, pe care îl luau cu un respect aproape mistic studenții în noaptea care preceda examenele grele și cu care erau dopați în mod sistematic și soldații germani în anul 1940, în scopul îndepărtării somnolenței și a extenuării nervoase, ca și toate celelalte amine psihotonice sau amfetamine, folosite în același scop, nu au întîrziat să-și arate efectele negative, uneori deosebit de nocive. Depresoarele, ca și antidepresoarele, ne-au dat mari speranțe, dar ne-au produs și mari dezamăgiri, în același timp. Somniferele, extrem de utile în situații bine precizate, s-a dovedit că dau cu timpul obișnuință și dependență, iar somnul pe care aceste substanțe îl provoacă nu se suprapune întru totul somnului fiziologic. Neurolepticele și tranchilizantele, aceste medicamente care nici nu ne excită și nici nu ne adorm, ci numai induc în viața noastră psihică o stare de calm, punînd în repaus centrii reglatori de la baza creierului, păreau, la un moment dat, că reprezintă marea performanță a industriei chimico-farmaceutice, ca și a civilizației ultratehnicizate, caracterizată printr-un uriaș consum nervos și printr-o neîntreruptă suprasolicitare psihică, cu toată gama stărilor tensionale ce decurg din această realitate. Treptat însă, entuziasmul stîrnit de descoperirea lor s-a diluat în mod justificat.

Ce a reprezentat marele capitol al stupefiantelor și al halucinogenelor pentru condiția umană, se știe prea bine. Heroina, marijuana și LSD-ul fac în timpurile noastre veritabile ravagii pe anumite arii ale lumii capitaliste. Mulți văd în aceste droguri elixirul miraculos, prin intermediul cărora vor acceda spre lumea fabuloasă a plăcerilor vizuale, olfactive, gustative, ca și tactile de tot felul, fără a-și da seama că **LSD-ul, de exemplu, reprezintă o veritabilă bombă nucleară pentru psihicul uman, de vreme ce un singur kilogram din acest preparat este absolut suficient pentru a aduce în stare de autentică demență o sută de milioane de oameni.** Cercetările însă nu au încetat. Un chimist a izolat dintr-un cactus mexican, cu numele de Peyotl, așa-numita mescalină, care s-a dovedit a da puternice halucinații vizuale, ca și o curioasă răsturnare a valorilor obișnuite spațiale și temporale. Pe parcurs, multe alte denumiri s-au adăugat pe lista modificatorilor cerebrali și psihici. Ultimul nume apărut pe această listă pare a fi acela al Psilocybibei, drog extras din ciupercile sacre ale aztecilor, ciuperci care purtau denumirea de Teonanacatl și care, prin structura lor, s-au dovedit ulterior a fi înrudite cu combustibilul chimic al neuronilor.

Dar paradoxal : **pe măsură ce progresăm în secretele chimiei creierului, pe măsură ce echilibrăm pe alienați și neutralizăm stările tensionale și conflictuale, în aceeași măsură ne înconjurăm de agenți chimici, grevați de un indice mai mic sau mai mare de periculozitate biologică.** Acestea sînt rațiunile care stau la baza abordării și a

altor laturi, a altor căi de acces spre reactivitatea cerebrală şi spre influenţarea benefică a acesteia. Aşa s-a ajuns la psihanaliză, metodă de reechilibrare a nevrozelor, pe calea unei lente şi meticuloase explorări a inconştientului, ţintind depistarea conflictelor afective ale copilăriei, generatoare de inhibiţii dezechilibrante, de refulări şi de sublimări. Aşa s-a ajuns la relaxarea autogenă, metodă care utilizează influxul nervos care descinde din cortexul cerebral, influenţînd centrii medulari şi diminuînd, pe această cale, tonusul crescut al milioanelor de fibre musculare care alcătuiesc majoritatea structurilor organismului, diminuare urmată de apariţia senzaţiei de detentă fizică şi, implicit, psihică.

În acest context trebuie menţionată şi metoda yoga, metodă ce constă dintr-o cunoaştere intuitivă a condiţiilor echilibrului cerebral. Adepţii acestei metode par a fi descoperit, în mod empiric, în decursul a numeroase secole, diverse poziţii şi posturi, care diminuă în mod simultan tonusul diferitelor grupe musculare, opuse din punct de vedere funcţional. Exerciţiile respiratorii ale celor ce practică această metodă, de o mare varietate, nu sînt nici ele lipsite de influenţe binefăcătoare asupra sistemului nervos în general. Ergoterapia, respectiv terapia ocupaţională, exploatînd plasarea individului în cel mai adecvat cadru lucrativ, pune în repaus centrii reglatori de la baza creierului. Detenta musculară şi psihică obţinută pe această cale este foarte apropiată de aceea obţinută pe calea relaxării autogene şi chiar a somnoterapiei.



În ultimul timp se pune un accent deosebit pe rolul reechilibrant al muzicii. Meloterapia şi ritmoterapia se impun tot mai mult atenţiei specialiştilor şi publicului larg. Plină de virtuţi s-a dovedit a fi şi practicarea curelor periodice de solitudine şi linişte, cunoscîndu-se faptul că, în anumite circumstanţe, **zgomotul este o veritabilă toxină pentru celula nervoasă.** Silentiumterapia se impune de la sine în acest secol zgomotos, unde **agitaţia este confundată cu mişcarea şi liniştea cu inhibiţia.** Nu trebuie să uităm că şi exerciţiile de cultură fizică sînt preţioase remedii nu numai pentru sectorul somatic al organismului, ci şi pentru cel psihic, ele fiind, în subsidiar, şi exerciţii de cultură cerebrală, nu numai fizică, prin dezvoltarea şi amplificarea reflexelor condiţionate şi a praxiilor.

Condiţiile vieţii moderne, prin excelenţă defavorabile echilibrului psihic şi mintal, ne obligă la adoptarea mai mult sau mai puţin sistematică a unor măsuri de ordin profilactic, vizînd protecţia celulei nervoase, a unor măsuri care alcătuiesc de fapt igiena psihică, respectiv igiena civilizaţiei noastre tehniciste. Această igienă, în cadrul căreia aşa-numita spălare periodică a creierului ocupă un loc absolut central, trebuie strict individualizată, fiecare avîndu-şi propriile sale probleme, ca şi propriile sale reactivităţi. Deoarece spălarea chimică s-a dovedit plină de riscuri, uneori cu totul imprevizibile, apelul la celelalte metode, incomparabil mai acceptabile, pare a fi singura soluţie de urmat. Dacă dictonul de ordin igienic cel mai caracteristic al secolului trecut era reprezentat de acel obsedant „spălaţi-vă cu regularitate mîinile", acela al secolului nostru trebuie să vizeze direct creierul.

ARCADIE PERCEK

Anul internațional al persoanelor handicapate

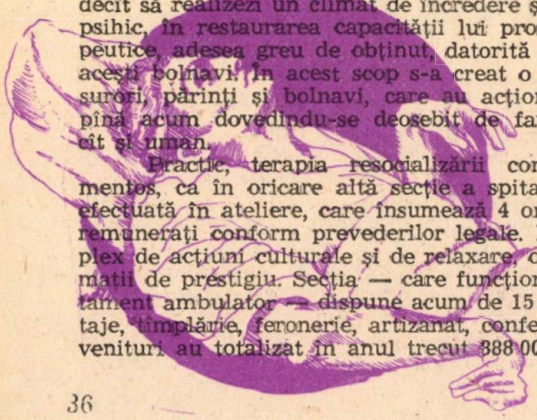
Terapia resocializării

mijloc de recuperare a personalității bolnavului psihic

S-au împlinit cinci ani de cînd la Spitalul „Dr. Gh. Marinescu" din capitală se practică un experiment medical destinat recuperării bolnavilor psihici, cunoscut astăzi sub denumirea, inspirată, de *resocializare*. Departe de a se limita numai la crearea unui cadru ocupațional pentru această categorie de suferinzi, resocializarea vizează stimularea unui efort de depășire, de suprimare a factorilor negativi ai maladiei psihice (izolarea, singurătatea), în scopul participării bolnavilor la activități specifice omului.

Cinci ani reprezintă o cifră rotundă, care favorizează un moment aniversativ și care devine prin ea însăși o dovadă de confirmare, de durabilitate a fenomenului consumat. Reprezintă, fără îndoială, și certitudinea pe care o dobîndești urmărind ce s-a realizat în Secția a IX-a psihiatrie din spitalul amintit, care, de cinci ani, și-a adăugat, pe drept, și particula RESO (de la resocializare). Dar, în ce constă de fapt resocializarea ?

Pornind de la ideea generoasă sub aspect umanitar și dovedită din punct de vedere științific că bolnavul psihic nu este, în mod absolut, un om lipsit de calități și iremediabil pierdut pentru societate, dr. Aurel Romila, șef de lucrări la Catedra de psihiatrie a I.M.F. București și medicul șef al Secției a IX-a psihiatrie, a conceput un complex terapeutic de natură să-i mențină pe bolnavi interesați de ceea ce se petrece în jur, capabili de o activitate utilă, în stare să comunice atît între ei, cît și cu ceilalți oameni cu care vin în contact. Forța cu care acest medic crede în resocializare, autoritatea sa profesională, dar, mai ales, sensibilitatea și solicitudinea sa la drama pe care o trăiesc aparținătorii acestor bolnavi a insuflat speranțe familiilor acestora, care s-au solidarizat și s-au organizat într-un comitet de sprijin, semnificînd astfel credința lor într-un alt deznodămînt decît cel acreditat de prejudecățile și ignoranța ce înconjură boala psihică. Căci ce poate fi mai generos, mai înălțător, decît să realizezi un climat de încredere și curaj în depășirea infirmității deficientului psihic, în restaurarea capacității lui profesionale, deosebit de necesar reușitei terapeutice, adesea greu de obținut, datorită neîncrederii și ostilității cu care sînt priviți acești bolnavi. În acest scop s-a creat o comunitate terapeutică formată din medici, surori, părinți și bolnavi, care au acționat și acționează uniți, rezultatele obținute pînă acum dovedindu-se deosebit de favorabile atît din punct de vedere medical, cît și uman.



Practic, terapia resocializării constă din aplicarea tratamentului medicamentos, ca în oricare altă secție a spitalului, completat de un program de muncă, efectuată în ateliere, care însumează 4 ore zilnic, activitate pentru care bolnavii sînt remunerați conform prevederilor legale. În plus, acești bolnavi participă la un complex de acțiuni culturale și de relaxare, organizate și cu concursul unor artiști și formații de prestigiu. Secția — care funcționează cu 76 de paturi și 50 de locuri de tratament ambulator — dispune acum de 15 ateliere cu profiluri variate (croitorie, tricotaje, tîmplărie, feronerie, artizanat, confecționat pungi din polietilenă etc.), ale căror venituri au totalizat în anul trecut 888 000 lei. Un bilanț al celor cinci ani a relevat

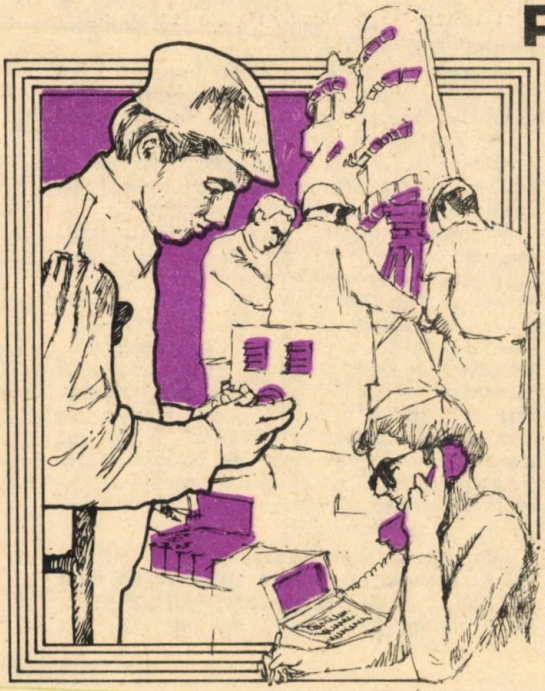
că rezultatele economice au întrecut așteptările : bolnavii se simt stimulați de veniturile realizate, interesați în efectuarea lucrărilor de care răspund. Secția de resocializare confirmă punctul de vedere științific conform căruia și bolnavii psihici au un potențial de muncă restant și că aceste severe afecțiuni evoluează mai bine într-un cadru psihosocial, apropiat de cel al vieții normale.

Eforturile conjugate ale medicilor și ale comitetului de sprijin, format din părinți, s-au soldat cu proiectarea în actualul cincinal a unei construcții anume destinată resocializării, purtînd numele provizoriu de *Căminul-atelier pentru deficienți psihici, Berceni. Cămin*, pentru că circa 200 de bolnavi psihici vor putea fi tratați în condiții de confort și într-o ambianță care să nu le amintească permanent că sînt spitalizați și *atelier*, pentru că 44 de ateliere, de diverse profiluri, vor oferi locuri de muncă pentru 660 de bolnavi, mai bine de 400 fiind externi. Viitorul edificiu va avea în plus spații rezervate activităților cultural-artistice și de relaxare.

Comunitatea terapeutică, creată în Secția de resocializare, a urmărit, pe de o parte, reîncadrarea deficienților într-o activitate productivă, care să le trezească interes, să-i stimuleze și să le ofere satisfacții și posibilități de realizare socială, iar pe de altă parte să-i ajute să dobîndească un rol psihosocial, care să le redea demnitatea și stabilitatea în familie și societate.

Mai mult decît atît, comunitatea terapeutică a urmărit să redea încrederea părinților în actul medical și în eficiența acestuia, fiind animați și de sentimentul năzuinței comune și solidare că pot contribui la exercitarea psihiatriei moderne, dinamice și profund umane, care se înscrie în climatul de înaltă omenie, existent în societatea noastră.

MARIETA VIDRAȘCU



Recuperarea capacității de muncă

Dezvoltarea multilaterală și în ritm rapid a țării noastre solicită participarea la muncă a tuturor cetățenilor, fiecare în raport cu forța sa de prestație, cu pregătirea, aptitudinile și cerințele economiei naționale. O serie de legi și decrete elaborate, mai ales în ultimii ani, sprijină și impun aceste deziderate. Recuperarea capacității de muncă se înscrie în cadrul măsurilor care urmăresc dezvoltarea multilaterală și rapidă a societății, paralel cu dezvoltarea plenară a personalității umane.

Problemele recuperării preocupă azi nu numai cercurile medicale, dar și sectoare largi ale opiniei publice, interesate ca toți membrii societății, inclusiv handicapații, să participe la creșterea avuției sociale, contribuind în același timp la propria lor integrare în viața activă, în familie, profesie și societate, ceea ce le oferă sentimentul utilității și al independenței. Pentru ei viața dobîndește astfel un nou sens. Recuperarea creează, pentru handicapați și invalizi, o nouă condiție umană, cantitativ superioară.

Handicapate și deficiente sînt persoanele care prezintă reducerea, în diferite grade, a capacității lor morfofuncționale, fiind împiedicate să se califice în profesiunea la care aspiră sau să-și îndeplinească sarcinile profesionale și/sau socioprofesionale pentru care s-au pregătit.

Dealtfel, Academia de științe medicale la cea de a V-a Sesiune științifică a sa definește termenul de recuperare sau reinserție socială astfel : „Recuperarea trebuie considerată ca un domeniu de activitate complex : medical, educațional și socioprofesional, prin care se urmărește restabilirea cît mai complexă a capacității funcționale reduse sau pierdute de către o persoană, ca urmare a unei afecțiuni congenitale sau dobîndite în urma unor boli sau traumatisme, precum și dezvoltarea unor mecanisme compensatorii, care să-i asigure posibilitatea de muncă sau de autoservire, respectiv o viață cît mai activă cu independență economică și/sau socială".

Cu toate că orice act medical are în final un scop recuperator — scopul dintotdeauna al medicinii —, recuperarea capacității de muncă cuprinde, pe lîngă obiectivele medicale, și sarcini educativ-profesionale și sociale cu o finalitate precisă : se urmărește crearea acelor condiții medicale și socioprofesionale, care să permită deficientului să intre sau să reintre în activitate, să obțină deci un loc de muncă, să-l păstreze și să realizeze o productivitate cel puțin medie (fără să se obosească în mod excesiv), asigurîndu-și în acest fel independența economică și/sau socială. Atunci cînd acest deziderat major nu poate fi atins, echipa de recuperare se rezumă la încadrarea parțială în muncă, la redarea autoservirii sau la redresarea fizică și psihică a deficientului, astfel încît acesta să se adapteze la situația creată de deficiență.

În accepțiunea conceptului de recuperare, deficiența este privită nu numai ca un dezechilibru biopsihic individual, ci ca o „insuficiență socială", o dezadaptare biologico-socială a persoanei.

Dar care sînt căile prin care se obține recuperarea ? Procedurile recuperatorii trebuie să înceapă acolo unde s-a instalat sau este în iminență de a se instala un deficit funcțional cu tendință de durată. Precocitatea *începerii recuperării,* complexitatea *sa sub aspect medical și socioprofesional,* continuitatea *pe o perioadă lungă de timp (și după intrarea sau reintrarea deficientului în activitate) și* tehnicitatea *(aplicarea celor mai eficiente mijloace recuperatorii) sînt atribute ale unei recuperări științifice și deci eficiente. Astăzi, se vorbește tot mai mult de recuperare „non stop".*

Din punct de vedere practic, recuperarea este o activitate unitară, cuprinzînd trei laturi : medicală, educativ-profesională și socială, cărora le corespund următoarele acțiuni recuperatorii :

— Acțiuni medicale, *care urmăresc creșterea sau compensarea funcțiilor deficitare, în raport de faza evolutivă a bolii.*

În perioada de început *se are în vedere „recuperarea primară"* cu restitutio ad integrum, *prin mijloace terapeutice, în care repausul, alimentația și medicamentele au un rol esențial;* în convalescență, *se pune accentul pe fizioterapie, iar* în perioada de stabilizare, *pe kineziterapie, balneo-climatofizioterapie, cultură fizică medicală, protezare, psihoterapie, iar dacă boala se cronicizează, se adaugă ergoterapia și terapia ocupațională. Pe toată perioada bolii se combate durerea. Cooperarea bolnavului și a familiei sale constituie una din cheile care duc la reușita recuperării. O mare importanță prezintă psihoterapia sub forma ei clasică sau mai recentă, aceea a terapiei de comportament și relaxare.*

— Acțiuni educativ-profesionale, *care cuprind activități privind școlarizarea deficientului în școli speciale sau în cele obișnuite, orientarea sau reîndrumarea sa profesională în funcție de necesități, precum și activități care privesc locul de muncă, în sensul amenajării sale ergonomice.*

— Acțiuni sociale, *care reprezintă finalizarea acțiunii de recuperare, concretizate prin încadrarea și menținerea în activitate a fostului deficient. Practica ne-a arătat că deficienții bine studiați și tratați medical, bine orientați profesional, bine pregătiți, educați și ajutați pentru a depăși situațiile conflictual-dezadaptative, tendințele deviante și carențele economice au un bun comportament profesional. În cadrul acestor măsuri, medicul de întreprindere, psihologul, medicul expert teritorial și tehnicianul social din echipa de recuperare au un rol de prim plan.*

Din aspectele prezentate privind conceptul de recuperare, acesta apare ca un mod de gîndire și de acțiune cu finalitate practică precis formulată : inserția (pentru

tineri) sau reinserția (pentru adulți) cît mai plenară în viața activă, cu dezideratul major de a se încadra sau reîncadra în activitatea organizată.

Necesitatea dezvoltării activității de recuperare este impulsionată de următorii factori: creșterea numărului de deficienți (adesea tineri), care se estimează la 15—25% din întregul potențial de muncă al societății; progresul tehnic (automatizarea și mecanizarea activităților profesionale), care determină scăderea efortului fizic și locomotor profesional și permite folosirea cu randament a persoanelor cu capacitatea de efort fizic scăzută, înlesnind accesul handicapaților de orice fel la circuitul economic, precum și dorința handicapaților de a intra în producție și de a participa la procesul de producție. Acest din urmă factor este legat de ridicarea nivelului cultural și civic al handicapaților, de dovedirea efectului sanogen al muncii făcute în condiții ergonomice și de eficiența psihică, economică și socială a oricărei activități profesionale, atît pentru deficient, cît și pentru societate. Astăzi se știe că „forța omului se uzează stînd și crește muncind".

Recuperarea capacității de muncă se bazează pe evaluarea și cuantificarea a ceea ce se numește „restant morfofuncțional" al organului și al organismului în întregime. Acționîndu-se astfel, deficientul va putea presta munca profesională în funcție de capacitățile psihofizice, pregătirea școlară și profesională, precum și în raport cu aspirațiile persoanei de recuperat și cu cerințele economiei naționale. Recuperarea este totdeauna precedată de: stabilirea diagnosticului clinic, efectuarea unor explorări paraclinice, care să întregească și să motiveze diagnosticul clinic, efectuarea unor probe de efort specifice organelor afectate, cuantificarea, pe baza explorărilor funcționale, a gradului deficienței funcționale, precum și de aprecierea prognosticului sub toate aspectele sale. Diagnosticul odată stabilit, se aplică procedurile medicale recuperatorii corespunzătoare, individualizate după deficiență și deficient, continuîndu-se cu cele educativ-profesionale: pregătirea deficientului pentru a putea efectua activitatea profesională aleasă. La alegerea unui loc de muncă corespunzător este necesar ca acesta să fie analizat sub aspectul solicitărilor energetice, psihice și senzoriale. De asemenea, pentru rezolvarea corectă a problemelor biopsihosociale pe care le ridică fiecare handicapat, este necesar să se efectueze investigația de teren, *pentru ca, pe baza tuturor datelor obținute, să se poată înfăptui planul complex de recuperare.*

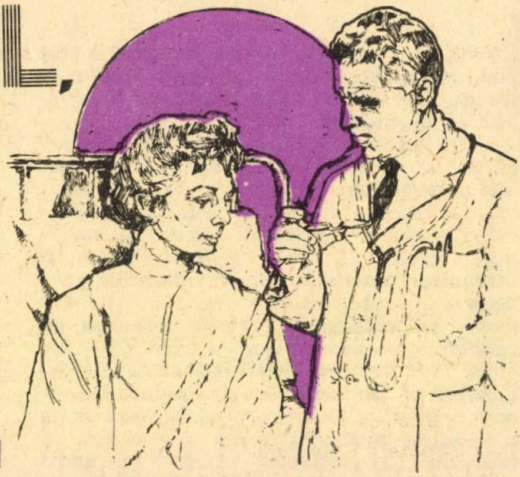
Din cele relatate, rezultă că la acțiunea de recuperare a capacității de muncă participă medici de diferite specialități (în funcție de deficiență) și specialiști paramedicali: kineziterapeuți, profesori de cultură fizică medicală, psihologi, psihoterapeuți, specialiști în terapia ocupațională și ergoterapie, precum și cadre de tehnicieni sociali.

În concluzie, pentru orientarea profesională a persoanelor care prezintă o invaliditate este necesar ca membrii care alcătuiesc echipa de recuperare să-și formeze o concepție care să fie acceptată pluri- și interdisciplinar, vizînd ameliorarea condiției umane a celor handicapați, în vederea inserției sau reinserției lor cît mai depline în viața activă familială, socială și profesională.

În condițiile asistenței sanitare actuale din țara noastră, recuperarea handicapaților și invalizilor este posibilă și foarte necesară pentru toți bolnavii cronici cu deficiențe morfofuncționale de durată.

Dr.
FLOREA MARIN
Cluj-Napoca

BOLNAVUL, boala și... ceilalți



Epoca contemporană este, din punct de vedere al morbidității generale, caracterizată prin reducerea bolilor infecțioase, ca efect al ameliorării igienei colective, al educației sanitare a publicului și al marilor descoperiri terapeutice. Dar, pe măsură ce dispăreau marile flageluri care, în cursul unei epidemii, secerau altădată sute și mii de vieți, alte boli cîștigau teren : cele degenerative și de uzură, caracteristice vîrstelor medii sau înaintate. Ateroscleroza cu consecințele ei : infarctul de miocard, insuficiența cardiacă sau accidentele vasculare cerebrale, ocupă, împreună cu hipertensiunea arterială, primul loc între cauzele de boală și de mortalitate în țările cu nivel economic ridicat, printre care ne numărăm și noi. Alături de acestea, avînd o frecvență în creștere, se înscriu tumorile maligne, tulburările digestive, bolile cronice respiratorii, reumatismele degenerative, litiaza biliară, diabetul zaharat. Există în această mare diversitate de afecțiuni, diferite ca simptome, ca mecanism de producere și ca tratament, o trăsătură comună : ele sînt afecțiuni cronice, care durează uneori ani, zeci de ani, toată viața. Atitudinea bolnavului față de suferința cronică (hipertensiunea arterială, insuficiența coronariană sau diabetul zaharat) constituie o mare problemă atît pentru sine, pentru anturajul său familial și profesional, cît și pentru medicul care îl tratează. Este desigur o mare deosebire între o congestie pulmonară, în care caz, la capătul a 10—14 zile de tratament sîntem perfect restabiliți, și o hipertensiune arterială contra căreia trebuie luptat zi de zi, luni la rînd, uneori toată viața, sub control medical periodic. Bolnavul cronic poate fi asemuit cu un miop sau un presbit, care nu se poate dispensa nici o zi de ochelarii corectori. Pentru bolnav și pentru societate, care suportă cheltuielile eventualelor infirmități generate de boala cronică, ușurința cu care suferindul de diabet, hipertensiune arterială sau insuficiență cardiacă își neglijează sau chiar își uită boala nu aduce nici un beneficiu. Acești bolnavi trebuie să știe că atitudinea pasivă în fața unor astfel de suferințe cronice duce la accidente inerente ca : pierderea vederii sau a unui picior, în caz de diabet ; la hemoragie cerebrală cu paralizie, în caz de hipertensiune arterială ; la edem pulmonar acut, în caz de insuficiență cardiacă.

Aceste complicații, dacă nu mortale în orice caz creatoare de infirmități, restrîng capacitatea de muncă, grevează psihic și material viața familiei, iar pe bolnav îl reduc la o stare de dependență de anturaj.

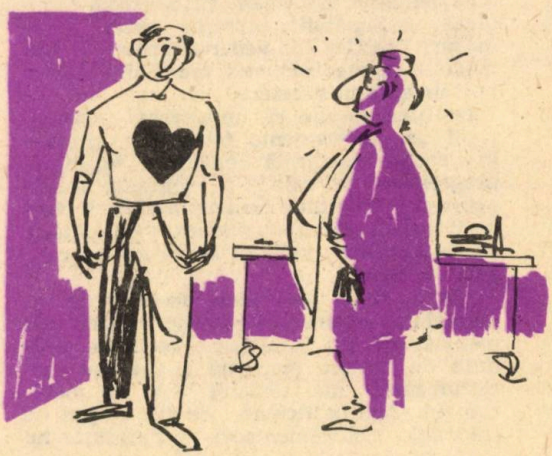
Cum s-ar fi putut preveni aceste consecințe dramatice ? Rețeaua de asistență

medicală din țara noastră, accesibilă și gratuită, este la dispoziția bolnavului pentru depistare precoce, control periodic, prevenire a complicațiilor. Dar pe lîngă toate acestea, este indispensabilă colaborarea disciplinată și permanentă a bolnavului cronic. Este prea frecvent cazul hipertensivului descoperit cu ocazia unui control efectuat în masă, tratat, instruit în privința riscului bolii și invitat la controlul lunar al tensiunii arteriale. Cel mai adesea, bolnavul informat aderă la schema de tratament fixată cîteva luni, mai rar un an. Și apoi ? Nenumărați bolnavi revin în camera de gardă a spitalelor în stare gravă, cu hemoragii cerebrale, edeme pulmonare, insuficiențe renale sau infarcte de miocard.

Unii hipertensivi socotesc că a lua din cînd în cînd, mai ales cînd au dureri de cap sau tulburări de vedere sau de auz, 1—2 tablete de Hipazin, cîteva zile la rînd, pînă trece criza, este suficient. Că nu este așa, vor descoperi cît de curînd și în împrejurări pentru ei catastrofale, iar pentru societate, oneroase.

Dar dacă majoritatea bolnavilor cronici păcătuiesc prin neglijență, există și o minoritate de „obsedați" ai bolii lor. Desigur, a suferi de o boală cronică, a renunța deliberat la unele „plăceri", a adopta o anume disciplină de viață și alimentară, implică o adevărată mutație în comportamentul de zi cu zi. Anturajul familial nu trebuie însă să devină victima acestor privațiuni și cu atît mai puțin mediul profesional. Că în ambele cazuri bolnavul are drept la un plus de înțelegere, este evident. Dar boala nu trebuie să devină o preocupare obsesivă, unicul centru în jurul căruia se organizează universul bolnavului. Cu mijloacele de care dispunem azi, tratamentul bolilor cronice enumerate este în general satisfăcător, în sensul că restituie bolnavului o stare de echilibru biologic, compatibil cu o viață familială și profesională satisfăcătoare. Depinde însă de cel suferind, care nu trebuie să-și limiteze preocupările și activitatea exclusiv la boala sa, ca și cum viața n-ar mai avea și alte imperative sau puncte de interes decît acestea. Un asemenea comportament creează, mai curînd sau mai tîrziu, în jurul persoanei suferinde, un vid afectiv, iar din partea celorlalți, o stare de francă plictiseală sau de toleranță care-i agasează, dialogul devenind astfel imposibil și comunicarea blocată. Este aceasta în interesul bolnavului ? Desigur că nu. După cum boala cronică implică o anume disciplină interiorizată definitiv ca normă de conduită, tot astfel autocontrolul bolnavului trebuie să contribuie la reinserția lui socială și afectivă, spre binele tuturor : al bolnavului însuși, al familiei, al mediului profesional... al celorlalți.

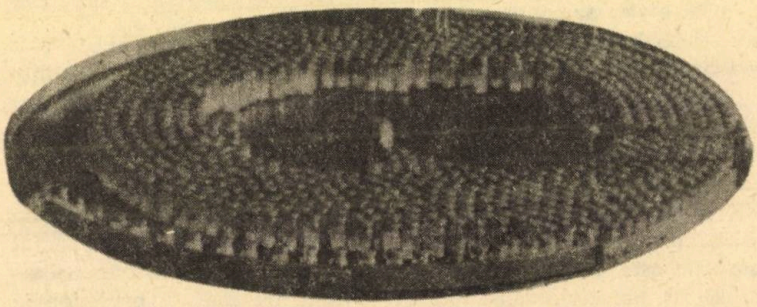
Dr. D. Sdrobici



— DUMNEATA N-AI NIMIC LA INIMĂ !
— BA AM AȘA UN „OF" DIN CAUZA „RAPIDULUI"...

O nouă patologie a vremurilor noastre

PATOLOGIA postmedicamentoasă



Conf. dr. Al. Duminică-Moisescu, dr. Anca Drăgoi

Prin noțiunea de medicament se înțelege orice substanță naturală sau preparată pe cale de sinteză, folosită în terapie, cu scopul de a preveni, a ameliora sau de a vindeca boala. Astăzi, în întreaga lume, chimia de sinteză realizează tot mai multe medicamente noi, deosebit de active, dar nu lipsite de risc, fiind dotate cu un crescut potențial toxicogen. Astfel, s-a creat un capitol nou al patologiei — aceea postmedicamentoasă. De aceea, Organizația Mondială a Sănătății propune chiar unele măsuri drastice, în vederea reducerii numărului de medicamente, menținînd numai pe cele absolut necesare.

Dealtfel, se știe că un procent considerabil de medicamente folosite în prezent în practica medicală constituie rezultatul progresului pe care l-a cunoscut știința ultimelor decenii. Numai astfel a fost posibil să se schimbe structura morbidității, să fie eradicate boli, să se răstoarne cauzele de deces.

Dar cu toate rezultatele deosebit de remarcabile, fenomenele adverse, nedorite ale medicamentului, umbresc succesele obținute de terapia modernă și ne fac mai circumspecți, mai temători față de medicament. Căci coeficientul de risc impus de substanța medicamentoasă se datorește nu numai structurii sale chimice, ci și reactivității organismului supus agresiunii chimice.

În acest context, cu atît mai mult se impune menționată automedicația sau folosirea empirică a acestui valoros arsenal terapeutic. De aceea, trebuie declanșată o luptă necruțătoare împotriva automedicației și a polipragmaziei.

Se consideră, nu fără temei, că folosirea oricărui medicament, indiferent în ce scop, poate genera fenomene adverse.

Și dacă sîntem obligați să acceptăm că administrarea lor constituie un risc calculat, aceasta trebuie să determine pe medicul practician să aprecieze în mod obiectiv fenomenele favorabile și să înregistreze cu competență pe cele adverse. Riscul crește însă deosebit de mult în condițiile medicației empirice (automedicația) sau ale polipragmaziei. Automedicația fiind nefundamentată științific trebuie deci combătută prin toate mijloacele.

Cîteva exemple pot să ateste cu prisosință accidentele care pot surveni în urma administrării unui medicament, accidente care pot fi uneori mai severe decît boala pentru care s-a administrat.

Antibioticele, medicamente de incontestabilă valoare terapeutică antiinfecțioasă,

astăzi produse majoritar pe cale de sinteză şi semisinteză, produc numeroase fenomene adverse. Cauzele acestei patologii postmedicamentoase sînt determinate de numeroşi factori, cum ar fi : *antibioticul folosit* (calea pe care a fost administrat, doza folosită, durata de administrare, dacă bolnavul a mai primit antibiotice, ce fel şi în ce condiţii) ; *vîrsta bolnavului* (nou-născut, sugar, matur) ; *boli organice cronice* (boli de ficat, de rinichi, ale sistemului nervos central). Ignorarea sau necunoaşterea acestor condiţii generează grave fenomene adverse, care pun în pericol viaţa bolnavului.

Astfel, *penicilinele* (naturale sau de semisinteză) produc în anumite condiţii importante fenomene adverse. Printre acestea menţionăm reacţiile anafilactice (sensibilitatea crescută a organismului faţă de administrarea repetată a unor substanţe), de la cele mai uşoare şi pînă la cele mai grave (şocul anafilactic, adesea mortal). De aceea, este necesar ca antibioticul să fie administrat numai de către medic, deoarece numai acesta poate depista sensibilizările din antecedentele bolnavului şi tot acesta este în măsură să ia atitudine cînd fenomenul secundar s-a declanşat. De asemenea, sînt cunoscute şi manifestările alergice produse de Ampicilină. După tratamente îndelungate, penicilinele pot produce stomatită, glosită, esofagită. Nu putem neglija nici folosirea incorectă a Oxacilinei, care poate provoca leziuni hepatice, uneori grave, iar Meticilina este răspunzătoare de reducerea funcţiei măduvei hematogene, cu toate consecinţele grave.

Eritromicina, antibiotic de valoare certă în bolile cauzate de germeni sensibili, în anumite condiţii poate să genereze fenomene adverse din cele mai severe. Dintre acestea, pe primul plan se situează tulburările gastrointestinale (greţuri, vărsături, diaree), urmate de afectarea ficatului, producînd icter. Administrarea antibioticului în doze mari şi timp îndelungat pe cale intravenoasă poate cauza surditate şi, uneori, fenomene alergice severe.

Streptomicina, folosită incorect, produce tulburări de auz, ajungîndu-se la surditate definitivă, mai ales dacă bolnavul prezintă şi insuficienţă renală.

Tetraciclinele, antibiotice încă larg folosite, duc adesea la tulburări digestive (prin distrugerea florei intestinale), la leziuni ale oaselor, la tulburări de creştere a dinţilor, precum şi la erupţii alergice. Administrarea parenterală a tetraciclinelor (intravenos) poate provoca leziuni renale foarte severe. Este demn de reţinut că soluţiile de tetraciclină nu pot fi păstrate ; în cîteva ore ele devin toxice, datorită transformărilor chimice pe care le suferă în soluţie.

Cloramfenicolul, medicament folosit pe scară largă în practica medicală, expune bolnavul la grave accidente, în special dacă se autoadministrează. Utilizat incorect şi abuziv inhibă măduva hematogenă, pînă la totala ei suspendare funcţională ; de asemenea, produce tulburări digestive severe (diaree gravă), leziuni ale nervilor periferici şi ale sistemului nervos central. Este deosebit de periculos pentru nou-născut şi sugar.

Considerăm că cele menţionate sînt suficiente pentru a conduce la anumite concluzii pe cei care mînuiesc medicamentul în mod calificat şi să avertizeze pe cei care-l folosesc după păreri proprii.

Trebuie reţinut că medicamentul, oricare ar fi el, va fi folosit ţinînd seama de sex, vîrstă şi modul de reacţie a organismului celui bolnav. Din acest motiv, se impune un istoric amănunţit asupra tratamentelor efectuate anterior de către bolnav, urmărindu-se acele medicamente care i-au produs sensibilizări. Ignorarea acestor date generează fenomene adverse grave, uneori mortale (şocul anafilactic după peniciline).

Bolnavul va fi investigat corect şi în ceea ce priveşte buna funcţionare a ficatului şi rinichiului, deoarece insuficienta funcţionare a acestor organe expune bolnavul la accidente grave, uneori ireversibile (surditatea după streptomicină).

Un lucru deosebit de important şi care trebuie cunoscut îl constituie faptul că medicamentele care au potenţial teratogen (unele antibiotice) nu vor fi administrate femeilor gravide, în special în primul trimestru al sarcinii, deoarece embrionul poate fi victima unor acţiuni toxice. De aceea, viitoarele mame trebuie să ştie că folosirea unui antibiotic, fără aviz medical, poate duce la grave malformaţii ale copilului mult dorit.

De asemenea, se impune să combatem cu hotărîre polipragmazia, care, prin incompatibilităţile pe care le creează frecvent, constituie un veritabil pericol pentru bolnav. Soluţia de dorit este de a obţine vindecarea, apelînd la cît mai puţine medicamente, respectiv la un tratament cît se poate de simplu.

În concluzie, susţinînd că medicamentul este parte integrantă din tratamentul bolnavului, administrarea lui nu poate fi făcută decît de personalul specializat. Folosirea lui incorectă constituie o mare greşeală, pe care o plătim adesea cu viaţa.

Se ştie bine că încă de la începuturile ei, medicina a avut de înfruntat numeroase piedici apărute în calea progresului şi dezvoltării metodelor şi mijloacelor ei de vindecare. Astfel, de exemplu, în a doua jumătate a secolului al XVIII-lea, un medic vienez (Frantz Messmer) introduce o metodă terapeutică personală, denumită „hipnotism ştiinţific", motiv pentru care devine atunci celebru. Exact cu un secol mai tîrziu, un prelat (Sebastian Kneipp) a făcut mare zgomot cu aşa-zisa metodă personală de tratament, valabilă mai în toate bolile — plimbare cu picioarele goale prin roua dimineţii — care, de asemenea, prin credulitatea bolnavilor, l-a făcut în scurtă vreme şi pe el celebru. Ambele metode (efemere şi nefondate) nu au fost însuşite de „proba aspră a timpului". Omenirea înregistrează permanent asemenea explozii în materie de medicamente şi metode de tratament. Multe au fost înlăturate de timp, altele au rezistat, s-au impus şi există şi astăzi. Printre acestea din urmă se numără şi homeopatia.

Dar ce este homeopatia ? Una din definiţiile ştiinţifice recunoaşte faptul că homeopatia urmăreşte sănătatea integrală a omului, sănătate la care aspirăm cu toţii. Ea nu recomandă purgative în constipaţie sau somnifere în insomnii, ci remedii pentru vindecarea dezechilibrului vital. Unii cred — şi nu chiar fără temei — că nevroza a devenit astăzi un fel de ocean unde se aruncă neputinţa noastră în materie de medicină sau că aparatura ultrasofisticată îndepărtează medicul de misiunea lui de om şi prieten al bolnavului.

Aducerea în actualitate a homeopatiei, problemă veche, la fel de veche ca şi acupunctura şi terapia cu ape minerale, nu este încă acceptată de toţi specialiştii. Este binecunoscut că ritmul accelerat al fabricării de noi medicamente este rezultatul progresului pe care l-a cunoscut ştiinţa ultimelor decenii. Astăzi, chimia de sinteză realizează tot mai multe medicamente, care, pe lîngă efectele deosebit de active, favorizează şi apariţia fenomenelor adverse nedorite, decelate încă din faza experimentală. Dar riscul acestor reacţii creşte odată cu administrarea mai multor preparate în acelaşi timp. De asemenea, creşte riscul intoxicaţiilor medicamentoase ca urmare a polipragmaziei, a utilizării pe scară tot mai largă a automedicaţiei, a nerespectării dozelor, a timpului optim şi a căilor de administrare, dar şi a contraindicaţiilor. Practica terapeutică a scos şi scoate în evidenţă relaţia directă dintre intensitatea acţiunilor farmacodinamice şi riscul apariţiei efectelor adverse. Ignorarea acestor relaţii ori incapacitatea de a le preveni determină multiple consecinţe : intoleranţă, intoxicaţii, alergie, obişnuinţă, toxicomanie, consecinţe a căror gravitate poate periclita viaţa bolnavului. La acestea se adaugă şi riscul malformaţiilor congenitale, a căror apariţie creşte proporţional cu asocierea preparatelor, de multe ori banale.

O definiţie mai completă precizează că homeopatia sau chimioterapia prin ultramicrodoze, utilizînd medicamentele în concentraţii infinitezimale, obţinute prin diluţii succesive mari, reprezintă una din metodele de prevenire şi combatere a

acestor consecinţe. Aplicată cu discernămînt, în cazurile bine selecţionate şi cu respectarea indicaţiilor, homeopatia poate fi un ajutor terapeutic în numeroase afecţiuni, contribuind, în acelaşi timp, la reducerea dezavantajelor terapiei alopate. Spre deosebire de metodele clasice (alopate), care, utilizînd principiul contrariilor în terapeutică (efecte proporţionale cu doza), acţionează direct asupra agenţilor patogeni, metoda homeopată, folosind principiul similitudinii (efecte inverse în raport de doză), acţionează indirect, stimulînd reactivitatea organismului. Deosebirea este mai curînd didactică, întrucît ambele utilizează principiul dozelor ; de asemenea, elemente de homeopatie se regăsesc în practica terapeutică curentă (alopată).

Noţiuni despre similitudine existau încă în Babilon şi în Egiptul antic. Cu 400 de ani înaintea erei noastre, Hipocrate enunţa cele două principii fundamentale ale medicinii : **„contraria contrariibus curantur"** şi **„similia similibus curantur"**. Utilizarea preferenţială a uneia sau alteia din aceste metode era în funcţie de starea reactivităţii bolnavului şi de gravitatea bolii. La începutul secolului al XIX-lea, ca o reacţie la empirismul, ocultismul şi stereotipia din practica medicală, Samuel Hahneman (1755—1843) introduce homeopatia ca metodă progresistă în terapeutică. Hahneman completează observaţiile făcute de Hipocrate prin experienţe pe omul sănătos, deschizînd calea patogeniei şi terapeuticii experimentale. Cu toate rezervele şi adversităţile întîmpinate, homeopatia s-a răspîndit în toată lumea, datorită rezultatelor înregistrate în diverse afecţiuni. În multe ţări, cum sînt : U.R.S.S., Franţa, Anglia, Polonia, India etc., ea face parte astăzi din arsenalul terapeutic curent, fără să existe o delimitare a medicinii alopate de cea homeopată, ele completîndu-se reciproc.

De la început, acţiunea preparatelor homeopatice a fost anticipată, la modul ipotetic. Astăzi însă, pe baza progreselor realizate în domeniul fiziologiei oligoelementelor din lumea vegetală şi animală, pe baza ciberneticii, neurofiziologiei, imunologiei etc., multe din efectele lor pot fi explicate ştiinţific şi reproduse experimental. În felul acesta, homeopatia beneficiază şi de argumente ştiinţifice tot mai convingătoare, fapt ce permite reconsiderarea poziţiei acesteia, chiar în ţările mai conservatoare din acest punct de vedere. De asemenea, datorită dezvoltării impetuoase a industriei farmaceutice, a patologiei medicamentoase şi a iatrogeniei, homeopatia cîştigă teren. Datorită faptului că Hahneman a trăit doi ani la Sibiu (1777—1779), homeopatia a pătruns şi în ţara noastră, fiind utilizată de practicieni din ce în ce mai numeroşi.

Deci, homeopatia nu este o şarlatanie ! Dimpotrivă, ea este o metodă terapeutică, cu real substrat ştiinţific. Numai că îndoiala strecurată sau întreţinută de adversarii ei au ţinut-o în umbră.

Lipsurile existente în domeniul instruirii şi cunoaşterii de către public a tot ceea ce înseamnă homeopatie, atît pe planul informaţiei, cît şi al pregătirii cadrelor, încă din anii facultăţii, se cer a fi înlăturate. O asemenea situaţie se datoreşte — şi trebuie să recunoaştem — în primul rînd industriei de medicamente şi aparaturii care constituie tot mai mult, în toată lumea, un pericol pentru om.

Întrucît homeopatia se practica în forme neorganizate, s-a iniţiat încă din anul 1966 un cabinet metodologic de homeopatie în cadrul policlinicii Colţea, sub îndrumarea unei comisii de specialişti din diferite discipline medicale, care îşi desfăşoară activitatea pe baza unei metodologii unice. Obţinînd rezultate bune şi aprecieri favorabile din partea comisiei, s-a aprobat ca practica homeopatică să devină oficială

încă din 1969 în cîteva centre : Cabinetul de homeopatie din București, circumscripția Trivale-Moșteni, județul Teleorman, cabinetele de consultații de neurologie ale policlinicilor Brîncovenesc și 23 August, precum și în cabinetul de psihiatrie al policlinicii Șerban Vodă, prescripțiile medicale fiind eliberate de Farmacia homeopatică nr. 80 din București, organizată special în această direcție.

Bolnavii tratați în cadrul Cabinetului metodologic de homeopatie au fost diagnosticați și tratați mai întîi de medici alopați, condiția principală a succesului acestei terapii homeopate constituind-o respectarea, în toate cazurile, a metodologiei de lucru. Nu s-a aplicat homeopatia în cazurile chirurgicale, infecțioase etc., care necesitau intervenții imediate, de înlăturare a cauzelor ; nu s-a constatat nici un fel de reacție adversă a substanțelor folosite.

Terapia homeopatică s-a dovedit și este eficace într-o varietate de afecțiuni : scăderea dinamismului psihic, modificări timice ușoare, astenie, maladii alergice diverse, tulburări funcționale circulatorii, infecții acute ale căilor respiratorii superioare, algii diverse, maladia ulceroasă, diskinezii biliare etc., fiind aplicată înainte sau după tratamentul alopat, mai ales în cazul apariției efectelor toxice, de sensibilizare sau de dependență.

Tratamentul homeopatic este rentabil atît prin costul redus al preparatelor, cît și prin faptul că se poate face în condiții ambulatorii, fără întreruperea activității profesionale. Există tradiție în homeopatie, beneficiem de tot ce s-a acumulat pe plan mondial în acest domeniu, avem foarte buni specialiști și cadrul organizatoric creat. Trebuie însă să dezvoltăm corespunzător și responsabil această activitate. O cere și o impune viața, o cer nevoile asistenței medicale pentru oameni.

Dr. RADU OZUN
medic primar cardiolog

litoterapie

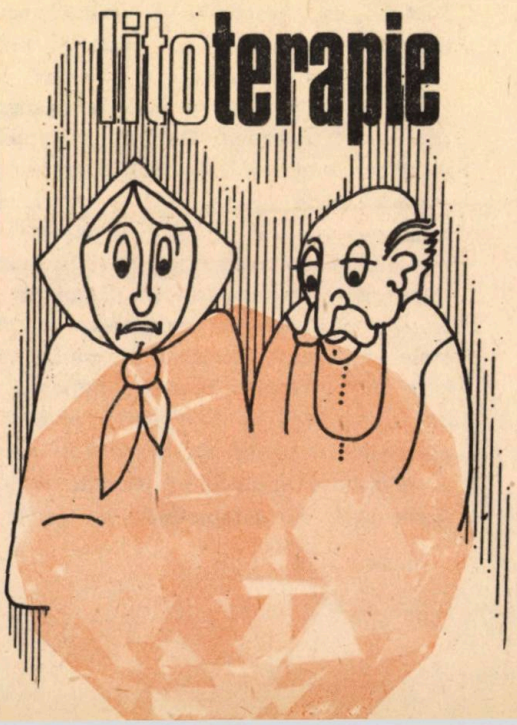
Empirică, frizînd vrăjitoria,
ne-ncredința străvechea medicină
că diamantul — piatră de lumină —
ar vindeca, la sigur, insomnia.

Citind în Almanah acestea toate,
subit, o foarte vîrstnică pereche
și-a procurat, într-o montură veche,
un diamant de cîteva carate...

De-atunci, păzindu-și cu tărie vatra,
vegheau bătrînii, noapte după noapte,
ca nu cumva vreun amator de fapte
păgubitoare să le fure piatra.

Zîmbea ironic la ferestre luna,
tot observîndu-i cum își pierd controlul,
căci diamantul — inversîndu-și rolul —
i-a „vindecat" de somn pe totdeauna...

ANDREI CIURUNGA

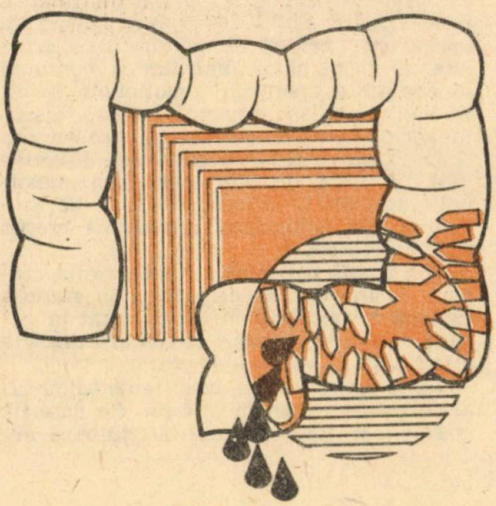


tulburările de tranzit intestinal

Deoarece tubul digestiv este supus permanent unor agresiuni provocate de ingerarea substanțelor alimentare, funcția acestuia este adesea tulburată, ducînd în final la o întreagă patologie, diversificată în funcție de sediul și de localizarea pe un segment sau altul al tubului digestiv.

Dată fiind incidența crescută a acestor tulburări, care nu cunosc vîrstă, adesea ele fiind cauzate de factori pe care numai medicul este în măsură să-i aprecieze corect, să precizeze diagnosticul și să aplice un tratament adecvat, ne-am adresat următorilor specialiști : conf. dr. Gh. Bucur *de la Clinica medicală, Spitalul „Brîncovenesc", conf. dr. doc.* Benedict Gheorghescu, *șeful Clinicii de gastroenterologie, Spitalul clinic „Fundeni", conf. dr.* Mircea Angelescu *de la Clinica de boli contagioase, Spitalul „Colentina", dr.* Octavian Popescu, *Spitalul de copii „Caraiman" și dr. șef de lucrări* Carmen Oproiu, *Clinica de gastroenterologie, Spitalul „Fundeni".*

Sindromul diareic



Conf. dr. Gh. Bucur

Alimentele introduse de om în organism, în tubul digestiv, sînt fărîmițate, prelucrate, atacate de sucurile digestive (digerate) și în mare parte absorbite prin peretele intestinal. Astfel, principiile alimentare: proteinele, glucidele, grăsimile, ca și vitaminele și sărurile minerale, intră în circuitul general al economiei organismului, în procesele metabolice, care constitare : proteinele, glucidele, grăsimile, ca și desfășurării vieții normale.

Resturile alimentelor nedigerate sau incomplet digerate de organism sînt eliminate prin defecație.

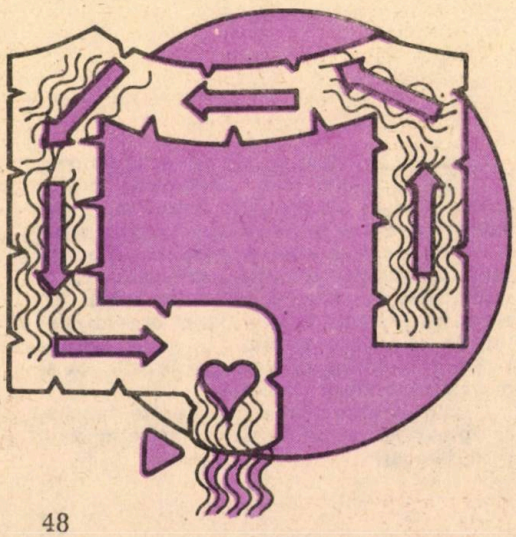
Timpul scurs de la trecerea alimentelor din stomac prin tubul digestiv şi, în continuare, prin intestinul subţire şi gros, în care se efectuează actul digestiv, şi pînă la eliminarea fecalelor, este variabil şi depinde de diverşi factori, care modifică tranzitul intestinal. În unele părţi ale tubului digestiv, trecerea se face mai rapid (8—9 ore pînă la cec) ; în altele, mai lent (intestinul gros), astfel încît de la ingerare şi pînă la eliminarea completă a alimentelor trec uneori 70 de ore, iar alteori cîteva zile.

În mod normal, eliminarea scaunelor este ritmică, în medie 1—2 scaune pe zi, formate, consistente. Dacă scaunele sînt neformate (moi sau lichide), conţin resturi alimentare nedigerate, sînt explozive şi eliminarea lor este frecventă, vorbim de diaree. Putem vorbi de diaree şi atunci cînd bolnavul are un singur scaun pe zi, dar apos.

Sînt cazuri cînd, deşi individul are foarte multe scaune pe zi, ele sînt de consistenţă foarte crescută, tari şi de obicei în volum mic. De data aceasta este vorba de constipaţie.

În afară de semnele şi simptomele prezentate, bolnavii mai acuză dureri (crampe) intestinale, resimţite în tot abdomenul şi, mai ales, în jurul ombilicului. Aceste dureri sînt de multe ori însoţite de zgomote abdominale, borborigme, balonare. Cînd diareea este severă, prelungită, bolnavii pot prezenta ameţeli, astenie, uneori somnolenţă, scăderea poftei de mîncare, greaţă, tendinţă la vărsături şi, cu timpul, bolnavul scade în greutate.

Cînd aceste fenomene survin în mod brusc, diareea poate fi acută, iar dacă simptomele se instalează lent, în luni sau ani, se consideră cronică.



Care sînt cauzele diareelor ? Tubul digestiv constituie un sector al organismului uman supus în permanenţă unor agresiuni, îndeosebi din mediu, prin ingerarea substanţelor alimentare. El are legături structurale (anatomice) şi funcţionale cu toate organele, care-l influenţează în mod diferit, realizînd uneori tulburări în funcţia acestuia, printre care nu rareori se întîlneşte şi diareea. Aşadar, neajunsurile pot veni din multiple direcţii. Alimentele, a căror compoziţie este variată, trebuie să întîlnească un tub digestiv înzestrat cu un echipament digestiv complet, să parcurgă lungimea acestuia într-un timp suficient, pentru ca sucurile digestive să digere principiile alimentare şi să se producă absorbţia lor prin peretele intestinului. De cele mai multe ori, lucrurile se petrec astfel, şi atunci fenomenele digestive se desfăşoară normal, dar, uneori, apar tulburări care modifică aceste procese, fapt care alterează digestia, conţinutul intestinal, tranzitul acestuia, formarea bolului fecal şi eliminarea materiilor fecale.

Buna desfăşurare a digestiei, condiţionată de aportul alimentar echilibrat şi de normalitatea suportului enzimatic, integritatea anatomică şi funcţională a tubului digestiv, precum şi corelaţia dintre ele au o importanţă deosebită pentru tranzitul intestinal.

Astfel, la nivelul cavităţii bucale, o masticaţie insuficientă (datorită grabei cu care se mănîncă sau datorită unor afecţiuni buco-dentare) face ca alimentele să ajungă în stomac incomplet prelucrate, mai ales dacă coexistă şi o insuficienţă de secreţie gastrică (hipo- sau aclorhidrie). Aceste alimente, incomplet digerate în stomac, nu mai răspund în mod satisfăcător atacului sucurilor digestive din intestin, devin iritante pentru acesta, determină o secreţie crescută, îi cresc motilitatea, realizîndu-se astfel un scaun neformat, apos, cu resturi alimentare nedigerate (diaree). Dacă actul alimentar se consumă în condiţiile unei stări emoţionale (frică, spaimă, încordare nervoasă intensă, discuţii aprinse contradictorii etc.), prelucrarea alimentelor şi secreţia sucurilor digestive este tulburată, digestia gastrică şi intestinală, precum şi absorbţia suferă, de asemenea, iar motilitatea intestinală creşte, apărînd diareea.

Afecţiunile pancreatice (pancreatita cronică) se însoţesc de perturbări în secreţia externă a sucului pancreatic, bogat în enzime digestive, şi astfel se tulbură digestia intestinală.

Bolile căilor biliare, însoţite de tulburări ale eliminării bilei în intestin, fie datorită absenţei acesteia (în care caz tulbură ab-

sorbția grăsimilor și a vitaminelor hiposolubile A, D, E, K, precum și a calciului), fie datorită vărsării anarhice, nesincronizate cu prezența alimentelor în intestin, pot duce la fenomene iritative intestinale și la creșterea motilității (a peristaltismului).

Există și unele insuficiențe secretorii intestinale care pot duce la perturbări ale digestiei, astfel încît unele persoane nu suportă dulciurile sau laptele, din cauza lipsei unor enzime care contribuie la digestia acestora, realizîndu-se astfel diareea de fermentație.

Alteori, tratamentul îndelungat cu unele medicamente, cum sînt antibioticele, administrate pe cale bucală, la nivelul intestinului distruge flora microbiană intestinală, perturbînd nu numai digestia microbiană din colon și echilibrul microbian, ceea ce favorizează dezvoltarea micozelor, dar produce și un dezechilibru între procesele de fermentație și putrefacție, realizînd diareea de putrefacție sau de fermentație.

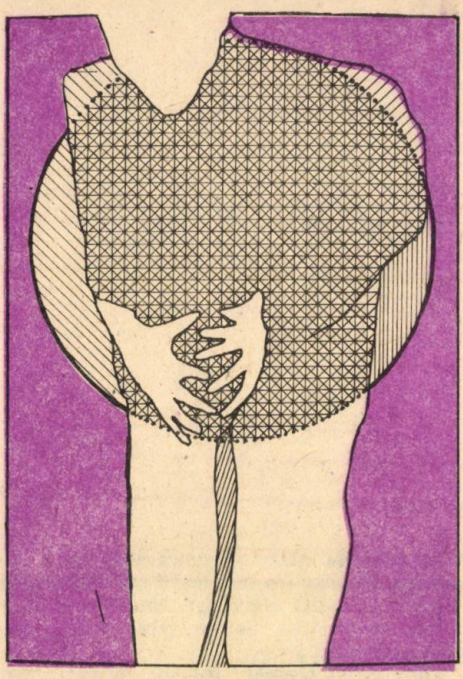
De asemenea, unele boli endocrine, cum sînt hipertiroidismul, insuficiența suprarenală, prin dereglări neurovegetative la nivelul intestinului, pot produce accelerarea motilității, a tranzitului intestinal, antrenînd tulburări ale digestiei.

Și bolile alergice, prin răsunetul local al unor tulburări generale, dar mai ales prin procese locale de sensibilizare la unele alimente, cum sînt : ouăle, laptele, unele fructe (căpșuni), sau la unele medicamente, produc tulburări de secreție și de motilitate intestinală. La acestea se adaugă, de regulă, și procese inflamatorii locale sau infecții.

Un aport alimentar insuficient, o alimentație săracă sau dezechilibrată, care durează mai mult timp, pot să ducă la eliminarea de scaune frecvente și apoase, precum și la edeme (carențiale).

Pe de altă parte, procese patologice ale intestinului subțire, localizate pe anumite segmente, cum sînt : eritența tuberculoasă, boala Crohn, amiloidoza intestinului subțire, cancerul intestinului subțire, polipoza și diverticuloza intestinală, ateroscleroza mezenterică, prinderea de natură tuberculoasă sau neoplazică a ganglionilor mezenterici și altele se pot însoți, de asemenea, de diaree.

Dar ce trebuie să facă un bolnav care prezintă diaree ? Va aprecia mai întîi dacă semnele și simptomele prezentate se încadrează în această afecțiune. Pe de altă parte, atitudinea pe care trebuie să o adoptăm este în funcție și de modalitatea de apariție. Dacă debutul are loc la 24 de ore după ingestia unor alimente și este însoțit de dureri (crampe) abdominale, cu



febră, grețuri, vărsături, bolnavul trebuie să apeleze imediat la un examen medical competent, originea toxiinfecțioasă a diareei fiind foarte posibilă.

O diaree cronică, care s-a instalat lent, este trenantă, alterează pofta de mîncare și bolnavul scade în greutate, trebuie să conducă la un examen medical de specialitate, fiind posibile boli cronice ale intestinului sau ale altui segment al tubului digestiv.

O diaree care apare după un consum de fructe, raci, pește etc. sau după un consum de medicamente, trebuie să orienteze către o cauză alergică și, în acest caz, bolnavul însuși poate înlătura cauza.

În general, toți acești bolnavi trebuie să știe că prin scaunele diareice se pierde o mare cantitate de apă, săruri minerale, uneori proteine, grăsimi și vitamine, fapt care compromite mult starea de nutriție a organismului. De asemenea, ei trebuie să știe că diareea acută sau cronică poate fi cauzată de factori pe care numai medicul poate să-i aprecieze exact. Și dacă uneori, prin unele mijloace empirice sau rutiniere se poate ameliora o diaree, de cele mai multe ori se maschează adevărata cauză și se pierde un timp prețios pentru diagnostic și tratament. Numai medicul, apreciind corect circumstanțele de apariție, simptomatologia, aspectul scaunului, conținutul acestuia, poate, prin examenul clinic și de laborator, să precizeze natura sindromului diareic și să combată cauza, simptomele și efectele diareei, care uneori poate pune probleme foarte dificile, dacă nu este abordată din timp și cu toată atenția.

Conf. dr. doc. B. Gheorghescu

Rectocolita ulcero-hemoragică

Rectocolita ulcero-hemoragică este cunoscută în practica medicală sub mai multe denumiri : colită ulceroasă, rectocolită ulceroasă, rectocolită hemoragică, colită cronică nespecifică etc.

Toţi aceşti termeni folosiţi reflectă parţial unele din aspectele lezionale ale mucoasei intestinului gros, sediul exclusiv al acestei afecţiuni. Termenul de colită cronică nespecifică reflectă situaţia actuală a cercetărilor, care nu au putut stabili un agent cauzal specific sau un mecanism de întreţinere caracteristic.

Ţinînd seama de sediul iniţial al leziunilor şi de aspectele cele mai frecvente ale leziunilor din mucoasa colonică, ce explică şi unele din simptomele afecţiunii, cei mai mulţi o numesc rectocolită ulcero-hemoragică.

Considerată iniţial o afecţiune destul de rară, în ultimii 20—30 de ani se remarcă o creştere progresivă a frecvenţei acestei afecţiuni, inclusiv în ţara noastră. Cauzele ei sînt incerte. Se suspicionează mecanisme imunologice locale în mucoasa colonică, determinate de interacţiunile dintre unii microbi existenţi la acest nivel (colibacili, în special) cu unele celule din structura mucoasei. Se formează apoi anticorpi, care se localizează în mucoasă, determinînd leziunile specifice.

După alte teorii, boala ar reprezenta o formă majoră de alergie alimentară colonică, mai ales la unele proteine din lapte şi derivatele acestuia (brînză, în special). În sprijinul aceste ipoteze vine şi observaţia că majoritatea bolnavilor cu rectocolită ulcero-hemoragică nu suportă laptele şi derivatele acestuia.

Alte ipoteze susţin că boala ar fi de origine vasculară, cu localizare în capilarele din peretele colonic, generînd în mod secundar leziuni specifice. Unele tulpini bacteriene din colon ar fi responsabile de acest răspuns vascular rectocolonic.

Apariţia afecţiunii după stări de încordare psihică, precum şi recidivele ei după oboseală, enervări etc., au făcut pe unii să considere că rectocolita ulcero-hemoragică este o boală generată de sistemul nervos central, supus unor stări de stres. Într-adevăr, unii bolnavi remarcă agravarea simptomelor după enervări, oboseală, încordare psihică etc.

Pe de altă parte, reproducerea bolii la unele animale de laborator după injectarea unui amestec de extrase din mucoasa colonică şi germeni (colibacil, în special) vine în sprijinul teoriei infectoalergice, ca mecanism important al rectocolitei ulcero-hemoragice. Problema etiologiei şi aceea a mecanismelor care întreţin această afecţiune rămîn astfel deschise.

Leziunile situate pe diverse zone din mucoasa colonică, începînd de la rect, prezintă următoarele caractere : se localizează la nivelul mucoasei şi submucoasei, fără a interesa celelalte straturi ale peretelui intestinului gros (muscular şi seros) ; stratul submucos prezintă leziuni de tip inflamator şi vascular ; vasele mici sanguine din aceste zone afectate (submucoasă şi mucoasă) sînt dilatate, sîngerînd foarte uşor, fie spontan, fie cu ocazia trecerii conţinutului intestinal prin aceste zone.

Datorită leziunilor vasculare şi inflamatorii din submucoasă, unele zone din mucoasa colonică pierd epiteliul de înveliş, determinînd apariţia de ulceraţii sîngerînde. Glandele care intră în structura mucoasei (criptele mucoasei, criptele glandulare), cu rol secretor de mucus, sînt, de asemenea, afectate de leziuni inflamatorii, ce pot determina formarea de puroi în interiorul acestora (criptită purulentă).

Un caracter important şi fundamental al acestei afecţiuni este că începe totdeauna din zona mucoasei rectale şi evoluează ascendent, putînd interesa apoi sigmoidul, colonul descendent, colonul transvers şi colonul ascendent.

Uneori, în rectocolita ulcero-hemoragică, valvulele care separă intestinul subţire de colon (cecul), denumite valvele ileocecale, nu-şi mai exercită funcţia, astfel că o parte din conţinutul colonic este împins înapoi, în ileon. Această situaţie se întîlneşte de obicei în formele extinse, evoluate ale afecţiunii.

O altă trăsătură distinctivă a leziunilor descrise în această boală, în afară de începutul lor în rect, cu caracterele menţionate anterior, este şi continuitatea lor, existînd doar zone restrînse şi diseminate de mucoasă cu aspect relativ normal. Toate aceste aspecte deosebesc fundamental rectocolita ulcero-hemoragică de alte afec-

țiuni rectocolonice, în care fie că leziunile sînt discontinue, fie că nu încep la nivelul rectului, fie că prind toți pereții intestinului gros.

După extinderea leziunilor, se disting următoarele tipuri de rectocolită ulcero-hemoragică :

— rectita (proctita) sau rectosigmoidita, întîlnită cel mai frecvent în practica medicală, interesînd rectul și colonul sigmoid ;

— forma extinsă la tot colonul stîng (rect, sigmoid, colonul ascendent și uneori jumătatea stîngă a colonului transvers) ;

— forma extinsă la întregul colon.

În general, bolnavii cu rectocolită ulcero-hemoragică se adresează medicilor pentru mai multe tipuri de simptome. Dintre acestea menționăm :

— Scaune moi, 2—3/zi, prezentînd intermitent sau continuu sînge roșu, cu care sînt amestecate (forma cronică de la început).

— Scaune numeroase amestecate cu sînge (5—20 scaune/zi), precedate de dureri mari abdominale, stare generală alterată, uneori febră, situație care se confundă frecvent cu dizenteria. Pe bună dreptate, bolnavii sînt dirijați către serviciul de boli contagioase, unde, pe baza examenelor bacteriologice și endoscopice, se infirmă diagnosticul de dizenterie și se suspicionează rectocolita ulcero-hemoragică.

— Alternanță de constipație, scaune normale și scaune moi, sîngele fiind prezent sporadic atît într-o situație, cît și în cealaltă. În acest caz, bolnavii atribuie de obicei sîngerările hemoroizilor și din această cauză nu se adresează medicului, întîrziind diagnosticul și deci și instituirea tratamentului corespunzător.

— În afară de manifestările locale colonice, exprimate prin scaune diareice-sanguinolente, în cursul afecțiunii pot să apară și alte manifestări la distanță, cum ar fi : dureri articulare, erupții cutanate (pe torace și membrele inferioare) sub formă de pete roșietice, echimoze, purpură, eczeme, nodozități pe gambe (eritem nodos).

Din punct de vedere al evoluției, întîlnim atît forma cronică continuă, în care simptomatologia poate fi moderată și relativ ușor tolerată de bolnavi, cît și forma cu recidive (recurentă), caracterizată prin accese dizenteriforme, care întreține o evoluție cronică, relativ blîndă a afecțiunii.

Fie de la început, fie în timpul evoluției afecțiunii, bolnavii pot prezenta manifestări de o gravitate deosebită : stare generală alterată, care se agravează rapid, paloare, balonări mari abdominale, vărsături, febră etc.

Această formă denumită „fulminantă" sau supraacută este determinată de dilatația mare a întregului colon (megacolon toxic), expresie a elaborării unor substanțe deosebit de toxice din mucoasa afectată. Terapia cît mai rapid instituită în această formă de manifestare a bolii constituie singura șansă de supraviețuire a bolnavului.

Atît într-o situație, cît și în cealaltă, leziunile nu s-au instalat în momentul apariției simptomelor. Ele preexistă, dar pe o perioadă variabilă de timp nu au o expresie clinică. În prezent, nu se cunoaște care este durata de timp necesară pentru formarea leziunilor și nici cît timp trece de la apariția acestora și pînă la instalarea simptomelor clinice caracteristice.

Manifestările bolii pot varia de la cazuri ușoare, cu tulburări relativ minime (1—2 scaune/zi, intermitent moi sau cu sînge), pînă la forme acute și fulminante, cu diaree severă.

Care sînt însă metodele prin care se precizează diagnosticul ? Volumul mare al scaunului, aspectul lichid al acestuia, precum și prezența de sînge și mucus, reprezintă criterii clinice importante. Certitudinea o dau însă examenele de laborator.

Cel mai important este examenul endoscopic (rectoscopia). Cu ajutorul acestei metode se remarcă aspectul leziunilor mucoasei explorate (hemoragii, ulcerații, cu localizare relativ continuă pe zona explorată). Tot prin intermediul endoscopului se pot preleva biopsii (fragmente de mucoasă rectală), care apoi sînt examinate microscopic. Examenul microscopic în combinație cu cel endoscopic dau o siguranță superioară diagnosticului de rectocolită ulcero-hemoragică. Pentru evaluarea extensiei leziunilor, se folosește examenul radiologic (irigoscopia).

Consecințele generale ale sîngerărilor și ale pierderilor de lichide prin colon, fenomene care caracterizează această afecțiune, sînt : anemia, creșterea VSH-ului, scăderea proteinelor și a unor electroliți (Na, K, Mg etc.), importante pentru orientarea tratamentului.

Odată diagnosticată, afecțiunea beneficiază de efectele tratamentului medical, care constă din regim alimentar de cruțare colonică, evitîndu-se laptele și unele derivate (brînză), crudițățile, dulciurile, condimentele, alcoolul etc. De asemenea, se recurge la medicație antiinflamatorie sau care corectează unele tulburări generale, determinate de afecțiune, cum sînt anemia (transfuzii, preparate de fier), tulburările hidroelectrolitice (perfuzii cu ser fiziologic, K, Mg etc.), albumina, în caz de scădere a acesteia în sînge etc.

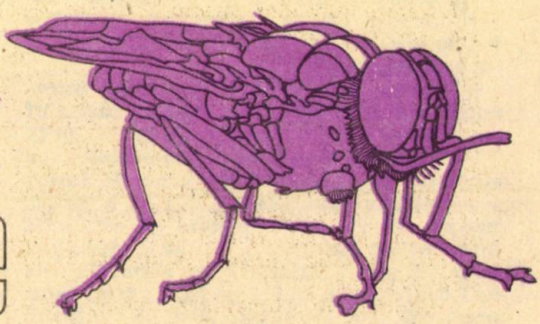
Boala poate prezenta o serie de complicații, printre care : dilatația acută a colo-

nului, cancerizarea, stenoze parțiale ale colonului, deproteinizarea bolnavului prin pierdere mare de proteine la nivelul colonului afectat.

Din aceste motive, bolnavii cu rectocolită ulcero-hemoragică trebuie dispensarizați și apoi controlați la 3 sau 6 luni, în funcție de forma clinică a bolii. Criteriile de vindecare se stabilesc nu numai pe baza dispariției simptomelor clinice pe care bolnavii le-au prezentat, ci și pe baza rezultatelor endoscopice, biopsice și radiologice.

Conf. dr. Mircea Angelescu

toxiinfecțiile alimentare



Printre afecțiunile cele mai răspîndite care se manifestă clinic prin sindrom diareic sînt și toxiinfecțiile alimentare, boli ale tuturor vîrstelor. La copilul mare și la adult, agenții patogeni determinanți sînt, în special, salmonelele și stafilococul, microbi care contaminează alimentele, unde se și înmulțesc, eliberînd enterotoxine, responsabile de manifestările bolii.

În natură, salmonelele se găsesc în organismul a numeroase animale domestice și peridomestice (mamifere și păsări) ca, de exemplu : cîine, pisică, rozătoare de casă (șoareci, șobolani), ovine, porcine, bovine, păsări de curte (rață, gîscă, curcan, găină) și altele. Produsele comestibile ale acestor animale pot conține salmonele. Un exemplu în acest sens îl constituie ouăle de rață. De obicei, microbii sînt eliminați în mediul exterior prin dejecțiile acestor animale, dar și omul poate excreta prin materiile fecale salmonele, însă pe o perioadă scurtă de timp și cu totul ocazional.

Microbii, odată ajunși în mediul exterior prin dejecțiile umane sau animale, contaminează alimentele în urma nerespectării normelor uzuale de igienă în prepararea, prelucrarea, conservarea, depozitarea, distribuirea și manipularea alimentelor date în consumul populației. Un rol important în transmiterea microbilor îl au muștele și „mîinile murdare".

Spre deosebire de salmonele, stafilococul enterotoxic poate fi întîlnit mai ales la persoanele care prezintă diferite stafilococii cutanate : panariții, piodermită, furuncule, răni infectate. Alteori, omul poate răspîndi stafilococul prin secrețiile nazofaringiene, atunci cînd vorbește, tușește sau strănută.

Alimentele în care stafilococul se înmulțește și eliberează o toxină termostabilă (rezistentă la fierbere) sînt, în special, lactatele și brînzeturile.

În general, toxiinfecțiile alimentare, fie că sînt produse de salmonele, fie de stafilococ, apar după consumarea alimentelor care conțin un substrat proteic, și anume : carne, mezeluri, pește, vînat, lactate, ouă (mai ales de rață !), creme de ouă, înghețată cu lapte și ouă, maioneză, praf de lapte, de ouă sau de oase, moluște, diverse conserve, piureuri sau mîncăruri cu proteine vegetale uscate (mazăre, fasole, linte).

Epidemiile se întîlnesc de obicei în anotimpurile călduroase, cînd alimentele menționate nu sînt păstrate în mod corespunzător (la rece). Boala izbucnește adesea exploziv, epidemia afectînd simultan toate persoanele care au consumat același aliment infectat și în care s-a dezvoltat toxina, dar pot apărea și cazuri sporadice, cînd alimentul respectiv a fost consumat numai de o singură persoană.

Diagnosticul se stabilește de obicei cu ușurință. Semnele clinice apar repede, după o incubație scurtă, de 2 pînă la 16 ore de la ingerarea alimentelor care conțin toxine microbiene. Debutul este brusc, zgomotos, cu tablou de gastroenterocolită acută febrilă și de severitate variabilă : frison, febră 40°, dureri musculare, vărsături frecvente, anorexie (lipsa poftei de mîncare), grețuri, colici abdominale difuze — toate urmate, la cîteva ore, de scaune diareice, abundente, apoase, fecaloide, în număr de 3—15/24 de ore. Scaunele nu conțin mucus și sînge, fapt care deosebește toxiinfecția alimentară de dizenterie.

În afara formelor ușoare, întîlnite mult mai rar, dar care se vindecă în cîteva zile cu o dietă adecvată, există și forme clinice severe, în care se produce deshidratare, cu pierderi electrolitice (de sodiu și clor, prin vărsături ; de potasiu, calciu și magneziu, prin scaune). Consecutiv, pot apărea stare de colaps și șoc, însoțite de tulburări nervoase. Cazurile foarte grave, netratate corespunzător, pot sfîrși letal, prin insuficiență renală acută sau stop cardiac, situație întîlnită în special la vîrstele extreme.

Toxiinfecțiile alimentare trebuie deosebite de otrăvirile cu ciuperci sau cu alte alimente care conțin toxine nebacteriene, precum și de alergiile alimentare, în care este prezentă urticaria.

Formele clinice ușoare și medii se tratează la domiciliu. După caz, la indicația medicului se administrează antitermice, antiseptice și medicație antivomitivă. Foarte importantă este însă dieta : inițial, rehidradare orală cu ceai de mentă, supe de zarzavat strecurate și sărate, iar după 1—2 zile, orez fiert cu brînză de vaci sau cașcaval, pîine prăjită, iaurt. Dieta se îmbogățește treptat cu rasol, paste făinoase și apoi, după 4—5 zile, se trece la un regim alimentar normal. Antibioticele sînt inutile (chiar contraindicate), patogenia gastroenteritei fiind toxică. Dacă diareea se prelungește peste 3 zile, se recurge la carbonat de calciu și Mexaform sau Saprosan, 2 tablete la fiecare 8 ore, timp de 3 zile.

Formele severe cu deshidratare, colaps și șoc, se internează în spital pentru a se putea aplica terapia de urgență, reechilibrarea hidroelectrolitică efectuîndu-se prin perfuzii intravenoase sau cu ajutorul altor măsuri de terapie intensivă.

Toxiinfecțiile alimentare pot fi prevenite prin respectarea unor măsuri generale de igienă privind prepararea, păstrarea și conservarea alimentelor, atît în gospodăria individuală, cît, mai ales, în alimentația publică și în colectivități (cantine, restaurante etc.). Purtătorii de salmonele sau de stafilococ care lucrează în alimentația publică sau în colectivități de copii vor fi înlăturați temporar din serviciu, pînă la sterilizarea spontană sau cu ajutorul antibioticelor, după efectuarea antibiogramei, pentru a se putea determina sensibilitatea la antibiotic a agentului infecțios în cauză.

DIZENTERIA

O afecțiune la fel de frecventă ca și toxiinfecțiile alimentare, al cărei simptom clinic dominant este diareea mucosanguinolentă, o constituie dizenteria — *boală infecțioasă și transmisibilă.*

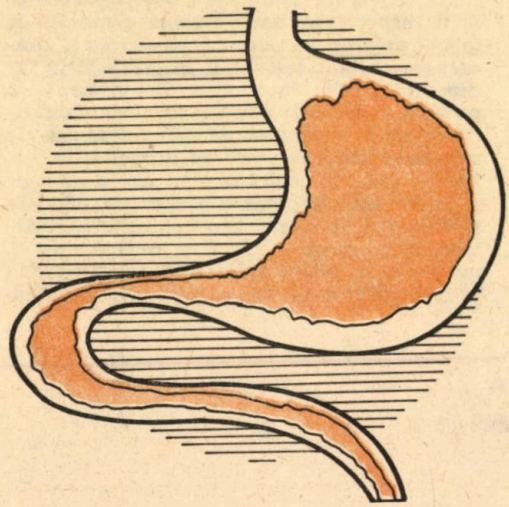
Boala este determinată de bacilii dizenterici *din genul denumit* Shigella. *Există mai multe tipuri, dintre care cele mai răspîndite în țara noastră sînt* Shigella flexneri *și* Shigella sonnei.

Bacilii dizenterici sînt eliminați în natură de către bolnavii de dizenterie acută sau cronică, prin scaune. Contaminarea se face prin „mîini murdare" sau prin muște, care transportă bacilul pe alimente. Deci, răspîndirea bolii presupune condiții de igienă deficitare.

Spre deosebire de toxiinfecțiile alimentare, dizenteria se transmite nu numai prin alimentele cu substrat proteic, ci și prin fructe și zarzavaturi nespălate înainte de consumare.

După pătrunderea în intestinul uman pe cale digestivă, bacilii dizenterici se localizează în porțiunea terminală a tubului digestiv, determinînd, după o incubație de 2—5 zile, o rectosigmoidită ulcerohemoragică acută, în general benignă, și reversibilă la tratament în 5—7 zile.

Boala începe brusc, cu febră redusă, uneori grețuri și vărsături, dureri abdominale localizate mai ales în stînga, frisoane, dureri musculare — toate urmate de instalarea scaunelor „dizenterice" și de o stare generală toxică gravă. Aceste scaune sînt foarte numeroase (10—20—50 de scaune în 24 de ore), în cantitate foarte mică (cît o linguriță) și sînt de aspect cleios, fiind formate din mucus, puroi și sînge, fără materii fecale. Evacuarea acestor scaune foarte mici și repetate este însoțită de dureri și usturimi la nivelul sfincterului anal, numite tenesme *rectale.*



Simptomatologia dizenteriei este dominată de aceste scaune caracteristice, extrem de numeroase și cu aspect mucosanguinolent. Temperatura crește de obicei la 38—39°, iar prostrația și deshidratarea sînt progresive.

Diagnosticul de dizenterie se confirmă prin coproculturi : însămînțarea scaunelor pe medii de laborator evidențiază prezența bacililor dizenterici. Odată confirmat diagnosticul, internarea în spital este obligatorie ; bolnavul se izolează și se iau toate măsurile indicate pentru o boală contagioasă. Se va păstra repausul la pat, iar rufăria se va dezinfecta cu multă grijă.

În ceea ce privește dieta alimentară, aceasta este asemănătoare ca în oricare boală diareică. În perioada incipientă se administrează la intervale repetate supe strecurate și sărate, apă de orez, după care se adaugă treptat, în raport de toleranță, pesmet, pîine prăjită, brînză de vaci, iaurt, orez fiert, budinci.

În dizenterie însă, tratamentul cu antibiotice sau chimioterapice este obligatoriu, asigurînd nu numai vindecarea, ci și prevenirea stării de purtător de bacili dizenterici. După avizul medicului, pot fi folosite, în doze și scheme adecvate fiecărui bolnav în parte, antibiotice ca : tetraciclina, neomicina, ampicilina, cotrimoxazolul, furazolidonul și altele. De asemenea, pentru a înlocui lichidele și pierderile de sare, se administrează zilnic soluție salină pe cale parenterală.

Prevenirea dizenteriei se face prin adoptarea unor măsuri de igienă individuală și colectivă, un accent deosebit punîndu-se în sectorul de alimentație publică. Atragem atenția că dintre toate bolile acute manifestate cu diaree, dizenteria merită, în primul rînd, denumirea de „boală a mîinilor murdare".

Dr. Octavian Popescu

bolile diareice la sugar

Unul din simptomele cel mai frecvent întîlnite la sugar și care apare în diverse circumstanțe patologice îl reprezintă diareea.

Diversitatea condițiilor și cauzelor care determină apariția diareei la sugar, ca și la copilul mic dealtfel, face ca în mod curent să nu mai vorbim astăzi despre dispepsia sugarului, ci despre bolile diareice ale sugarului.

Simptomul comun tuturor formelor clinice de boli diareice îl constituie diareea, stare patologică în care numărul și consistența scaunelor se modifică semnificativ în scurt interval de timp. Nu există o cifră exactă care să indice numărul normal de scaune pe care-l poate emite un copil. Sînt sugari care prezintă 4—5 și chiar mai multe scaune pe zi, după cum sînt și sugari cu un singur scaun pe zi sau chiar la două zile, dar care cresc în greutate și care prezintă o stare de bună dispoziție permanentă. Și într-un caz și în celălalt, sugarii sînt sănătoși și această situație nu trebuie să alarmeze cu nimic familia.

Creșterea bruscă și rapidă a numărului de scaune, scăderea consistenței lor (la început semilichide, apoi lichide, cu sau fără mucozități sau striuri de sînge) denotă diareea, simptom al unei tulburări acute a digestiei.

Scaunele diareice apar, în acest caz, datorită accelerării tranzitului intestinal, prin accentuarea peristaltismului intestinal (mișcări în valuri ale tubului digestiv, dinspre stomac spre rect), determinat de iritația locală, de dereglarea sistemului nervos vegetativ (parte a sistemului nervos care comandă și controlează peristaltica intestinului), cu consecință directă, negativă asupra digestiei alimentelor și resorbției lor din intestin. Tulburarea digestiei și a resorbției intestinale este favorizată și de scăderea secrețiilor gastrointestinale (posibilă cu ușurință în stările de boală, în starea de înfometare cronică sau în cea de supraîncălzire a organismului).

Modificările menționate duc în mod secundar la perturbarea florei intestinale saprofite (tubul digestiv al omului sănătos conținînd o multitudine de microbi cu care trăiește în simbioză, nedevenind patogeni decît în situația tulburării acestui echilibru) și la apariția și înmulțirea microbilor patogeni.

Răsunetul diareei asupra organismului este variat : în cazuri ușoare sau în urma aplicării unui tratament corect de la primele semne de boală, este bine suportată și lipsesc scaunele de deshidratare. În formele severe sau în cele netratate sau tratate tardiv sau incorect, apar semne de deshidratare, însoțite de prăbușirea unor funcții biologice importante pentru organismul copilului, deoarece diareea nu tulbură numai digestia, ci și metabolismul hidrosalin (al apei și al sărurilor) și creșterea ponderală, ducînd în final la alterarea stării generale. Tot acest cortegiu simptomatic definește starea de „toxicoză" a sugarului, formă cu evoluție severă și deseori mortală.

Toxicoza, ca dealtfel și formele de boală diareică care preced instalarea acesteia, sînt determinate de pierderea importantă de lichide și, în special, de apă, nu numai prin scaunele lichide numeroase, ci și prin urină, transpirație, respirație. Aceste pierderi sînt cu atît mai mari, cu cît temperatura corpului este mai crescută. Apa constituie pentru organismul uman și în special pentru copil, componenta de bază a structurii celulelor și a țesuturilor sale, cunoscîndu-se faptul că la 1 an corpul copilului conține 70% apă, pe care o poate pierde cu mare ușurință, deoarece la această vîrstă labilitatea hidrică constituie unul din apanajele biologice ale vîrstei.

Pierderea de pînă la 5% din apa pe care o conține organismul copilului este bine suportată, dar dacă acest coeficient crește, depășind 10%, devine periculoasă și cu atît mai greu reversibilă cu cît acest procent este mai mare.

Ceea ce caracterizează clinic o stare severă de deshidratare sînt următoarele simptome : pielea devine uscată, iar elasticitatea ei este scăzută ; plica pe care o face pielea de pe abdomen, prin prinderea ei între două degete, dispare încet sau poate persista mult timp ; ochii sînt duși în fundul capului ; buzele și limba sînt uscate ; fontanela anterioară este deprimată (excavată).

Cauzele apariției bolilor diareice sînt multiple și de mare diversitate. Astăzi se recunosc atît cauze directe, determinante, cît și cauze favorizante. Dintre cauzele determinante, mai frecvent incriminați sînt :

— *Factorii infecțioși diverși :* microbieni (bacili coli patogeni, *Shigella, Salmonella,* stafilococul, proteusul, piocianicul) ; virotici (virusul gripal, paragripal, enterovirusul) ; ciuperci *(Candida albicans),* în special după tratament îndelungat cu antibiotice administrate pe gură sau factori parazitari *(Giardia).*

— *Factorii alimentari.* Greșelile alimentare atît de ordin cantitativ (supra- sau subalimentația), cît și de ordin calitativ (diluția necorespunzătoare de lapte, lapte alterat, alimente nepotrivite posibilităților digestive ale sugarului) constituie una din cauzele cel mai frecvent întîlnite, care determină boală diareică, întîlnindu-se în special în familiile cu un nivel de educație sanitară redus sau inexistent.

— *Factori cauzali la distanță.* În categoria bolilor diareice, cauza trebuie căutată uneori la distanță de tubul digestiv și ea ar reprezenta răsunetul asupra digestiei al unor infecții diverse, dintre care cel mai frecvent întîlnite sînt : infecțiile respiratorii (rinofaringite, bronhopneumonii, otite), cutanate (foliculite, piodermite), infecțiile minore (piuria), cele meningeale sau stările

septicemice. Fiind secundare, aceste boli diareice se însoțesc de simptomatologia bolii de bază și se vindecă odată cu aceasta.

— *Factori dependenți de un deficit înnăscut sau cîștigat* în anumite componente biochimice produse de organism, cu rol în metabolismul și absorbția alimentelor din tubul digestiv, așa cum este cazul enzimelor (lactază, fructază, zaharază, izomaltază etc.) sau al acizilor biliari (insuficiența excreției bilei în duoden).

În explicarea apariției bolilor diareice, cauzele favorizante au mai mică importanță, dar ele nu trebuie neglijate, deoarece evitîndu-le, frecvența bolii poate fi redusă substanțial. Este vorba despre îngrijirea deficitară a copilului, și în special a sugarului, atît în ceea ce privește mediul ambiant fizic (căldură, frig, umiditate), cît și condițiile de igienă individuală și colectivă în care sînt crescuți copiii. La acestea se mai adaugă și unele particularități constituționale, capabile să favorizeze apariția și să determine severitatea bolilor diareice la copil, cum sînt : vîrsta mică (copilul aflat în prima lună de viață și sugarul în primele 3 luni de viață), prematuritatea, distrofia, malformațiile aparatului digestiv etc.

Din această varietate etiologică a bolilor diareice la sugar, ne vom opri la boala diareică acută a sugarului, cunoscută pînă de curînd sub denumirea de dispepsie acută. La această formă comună a tulburărilor digestive acute ale sugarului, cu caracter funcțional și reversibil, nu întotdeauna se pun în evidență, prin examenele de laborator, agenții patogeni cauzali (bacterii, virusuri, ciuperci), deși, în mod cert, multe din aceste îmbolnăviri sînt de natură infecțioasă.

Debutul bolii diareice acute la sugar este sesizat, în cele mai multe cazuri, cu multă ușurință de către mamă, simptomele evocatoare fiind :

— modificarea apetitului copilului, fie în sens cantitativ (mănîncă numai o parte din biberonul său), fie calitativ (refuză alimentația pe care înainte o accepta cu plăcere, primind cu „sete" ceai și uneori nici pe acesta) ;

— vioiciunea și buna dispoziție a copilului sînt înlocuite treptat cu o stare de apatie, de indiferență la ceea ce-l înconjură (chiar și față de mama sa, de care este atît de legat în condiții de sănătate deplină) ;

— apariția febrei (nu constituie regulă) cu variații între 37,8-39°, fără diferențe semnificative între rezultatele înregistrate dimineața și seara. Febra copilului precedă, în cele mai multe cazuri, apariția scaunelor diareice, dar sînt situații în care ea apare concomitent sau chiar după apariția primelor scaune modificate ;

— vărsăturile, de asemenea, preced sau apar odată cu scaunele diareice. În unele cazuri, vărsăturile sînt severe și aproape continue, agravînd starea copilului. Conținutul lor este la început alimentar (cuprind restul alimentelor neevacuate încă din stomac), lichid (copilul varsă uneori toată cantitatea de lichide care i se dă de băut) și în cazuri severe, bilios (copilul varsă bila și conținutul intestinal) ;

— dureri abdominale sub formă de colici, care împiedică odihna copilului și care alarmează persoanele din anturajul său ;

— diareea este simptomul cardinal al bolii, apare fie precoce, fie după simptomele descrise și se manifestă diferit de la bolnav la bolnav, în funcție de momentul evoluției bolii. În cele mai multe cazuri, un număr de 5-8 scaune în 24 de ore este concludent pentru a defini starea de boală. În cazuri severe, numărul lor poate ajunge la ordinul zecilor, cu atît mai puțin consistente (mai lichide) și mai reduse cantitativ, cu cît numărul lor este mai mare. Ele pot varia ca aspect, de la mucogrunjos, la mucopurulent, mucosanguinolent (în special, în infecțiile cu bacilul dizenteric) sau lichid (de culoare gălbuie sau verzuie). Ca urmare a numărului crescut de scaune acide, copilul prezintă eritem fesier și perianogenital, care merg uneori pînă la eroziuni cutanate locale severe, dureroase, prezentînd riscul unei ușoare suprainfectări ;

— scăderea în greutate, dacă nu se intervine rapid și competent în tratarea bolii ;

— alterarea stării generale, manifestată prin deshidratare, stare toxică, alterarea funcțiilor vitale ale organismului și a stării de conștiență. Fără un tratament corect și intens și fără o supraveghere deosebită atît din partea medicului, cît și din partea familiei, evoluția poate fi fatală în acest moment al bolii.

De cele mai multe ori, boala diareică a sugarului se vindecă cu ușurință în urma unui regim dietetic corespunzător și a unei bune îngrijiri la domiciliu. Tot în mediul familial, dar sub supraveghere medicală, se vindecă și formele medii de boală, în care deshidratarea nu a depășit 5% din greutatea corpului, dar cu condiția să se înceapă imediat completarea apei pierdute, prin administrarea de lichide pe gură.

Cazurile severe, atît prin simptomele generale, cît și prin importanța deshidratării (cu peste 10%), se vor interna de urgență în spital, necesitînd nu numai o terapie, ci și o dietetică susținută.

Dar primele măsuri, pînă la prezentarea la medic, revin familiei şi ele constau în :

— suprimarea imediată a laptelui şi a celorlalte alimente din alimentaţia sugarului bolnav ;

— administrarea, în locul alimentaţiei întrerupte, de lichide pe gură (ceai, apă fiartă zaharată), cu linguriţa, biberonul sau, la nevoie, cu pipeta ;

— combaterea febrei cu soluţie sau cu tablete de Piran. Nu se vor administra în nici un caz supozitoare antitermice, acestea nefăcînd decît să accentueze diareea preexistentă.

Abia după aplicarea acestor măsuri se poate spune că mama şi-a făcut datoria, de aici înainte revenind medicului sarcina de a interveni cu competenţă pentru asigurarea vindecării bolii.

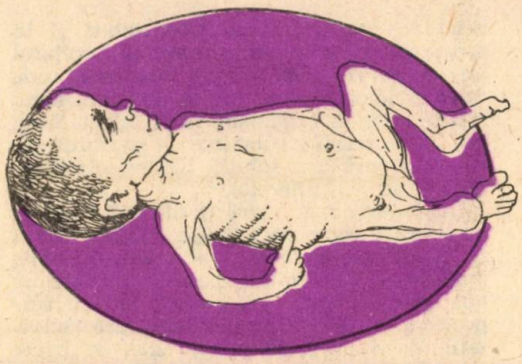
În afara măsurilor dietetice comune tuturor formelor clinice de diaree, se aplică şi un tratament medicamentos specific şi particular fiecărui caz în parte, în funcţie de agentul cauzator al bolii, aşa-numitul tratament etiologic.

În ceea ce priveşte tratamentul dietetic, acesta variază în funcţie de severitatea bolii. În formele uşoare de boală, numai simpla scădere cantitativă a raţiei alimentare (restricţie valabilă, în special, pentru lapte) şi înlocuirea cantităţii reduse cu ceai îndulcit cu 5% zahăr sînt suficiente pentru vindecarea clinică. Adesea, sugarul îşi reduce singur raţia alimentară, ca o primă măsură de autoapărare sau de protecţie contra bolii, fie refuzînd total biberonul, fie consumînd din el numai o cantitate redusă.

Atragem atenţia că în tratamentul unei boli diareice, eliminarea cu desăvîrşire a zahărului (de la îndulcirea ceaiului), pe care o practică din prea mult zel unele mame, este o greşeală, deoarece copilul suportă foarte bine un aport de 5% zahăr, fără a accentua scaunele diareice şi, în plus, zahărul constituie un aport energetic, care, deşi minor, este necesar copilului în această fază a tratamentului.

În alte forme de boală, în care toleranţa digestivă a sugarului este scăzută, se suprimă alimentaţia obişnuită şi se introduce o dietă hidrică (ceai cu zahăr sau cu glucoză 5%) sau supă de morcovi. Cu rezultate mai puţin bune, supa de morcovi poate fi înlocuită cu mucilagiu de orez sau cu Ceratonia (sinonim cu Arobonul), acestea din urmă nefiind altceva decît o combinaţie de pulbere de roşcove cu cacao şi amidon.

Indiferent pentru care din soluţiile de mai sus optăm, cantitatea lor va înlocui exact cantitatea de alimente pe care o primea la fiecare masă sugarul, înainte de



îmbolnăvire, acoperindu-se astfel nevoia de lichide.

Pe de altă parte, precizăm că o perioadă de înfometare a copilului prin regim dietetic nu numai că nu dăunează, dar chiar ajută vindecarea clinică, în timp ce nerealizarea unui aport optim de lichide poate dăuna sever copilului, ale cărui necesităţi hidrice sînt incontestabil mai mari decît cele ale adultului.

După aplicarea unui astfel de regim timp de 12—24 de ore, se trece la realimentarea copilului cu produse lactate modificate (mult utilizat astăzi şi cu rezultate bune este alimentul-medicament Humana H), a căror introducere progresivă în alimentaţie, bineînţeles sub supravegherea medicului şi controlul cadrelor medii de pediatrie, este binevenită, scaunele copilului normalizîndu-se de la o zi la alta.

Eledonul, Prodietonul, Dispacidul, Caseolactul şi laptele albuminos sînt mai puţin utilizate, în special în cazuri cu indicaţii deosebite.

Progresivitatea reluării alimentaţiei constituie una din cheile succesului terapeutic. Mai mult, ea constituie un principiu obligatoriu chiar şi în cazul sugarului normal, cînd se trece de la o alimentaţie exclusiv cu lapte matern sau cu alt tip de lapte, la o diversificare a alimentaţiei sale.

În funcţie de apariţia semnelor de ameliorare a bolii (scăderea febrei, dispariţia vărsăturilor, apariţia poftei de mîncare, normalizarea scaunelor, ca număr şi consistenţă), se poate reintroduce — dar tot progresiv — alimentaţia cu care a fost obişnuit copilul înainte de îmbolnăvire. Reluarea prematură a acestei alimentaţii prezintă riscul apariţiei de recăderi ale bolii, în timp ce prelungirea excesivă a unei diete severe poate să ducă la subnutriţia copilului.

Bolile diareice acute la sugar sînt însoţite adesea de vărsături. Cînd acest simptom este manifestat intens, posibilităţile de hidratare orală ale copilului sînt conside-

rabil reduse sau chiar inexistente, şi în acest caz se impune internarea copilului într-un serviciu de terapie intensivă, unde calea fiziologică (cea orală) de pătrundere a lichidelor în organism va fi înlocuită cu cea parenterală, constînd în perfuzii pe cale venoasă cu soluţii hidroelectrolitice (apă + săruri minerale).

La sugarii mai mari (peste 6-7 luni) şi cu o bună stare de nutriţie, realimentarea se poate efectua fără a se apela la lapte, optîndu-se, în schimb, pentru făinoase cu apă (griş cu apă, orez pasat), dar cu respectarea strictă a principiului progresivităţii, după care, la cîteva zile, se poate trece la înlocuirea apei cu lapte în prepararea meselor respective.

Tratamentul medicamentos se va face numai la indicaţia şi după prescripţia medicului, lui revenindu-i sarcina aprecierii formei clinice, a severităţii bolii, a suspicionării etiologiei şi, în funcţie de aceşti parametri, se va aplica tratamentul simptomatic şi etiologic.

Tratamentul unei boli diareice va conţine, de regulă, medicamente care să combată cele mai importante şi supărătoare simptome ale bolii : starea febrilă, vărsăturile, colicile abdominale etc.

Cînd anamneza şi aspectul clinic al bolii sugerează o posibilă infecţie intestinală responsabilă de apariţia scaunelor diareice, se recurge la folosirea de chimioterapice sau de antibiotice cu efect pe tubul digestiv.

De asemenea, se recomandă examenul bacteriologic al florei din scaun, aşa-numita coprocultură, şi în funcţie de germenul patogen izolat şi de sensibilitatea lui la antibiotice (antibiogramă), se administrează antibioticul cel mai activ.

După vindecare, urmează starea de reconfortare şi de călire a organismului copilului, în vederea creşterii capacităţii de rezistenţă la diverse îmbolnăviri.

În categoria bolilor de tranzit intestinal se încadrează şi constipaţia, afecţiune care mult timp neglijată poate să ducă în final la diverse complicaţii.

Să urmărim, aşadar, expunerea deosebit de competentă şi sfaturile utile pe care ni le prezintă

Dr. Carmen Oproiu

şef de lucrări,
Clinica de gastroenterologie
Spitalul „Fundeni"

constipaţia cronică

Suferinţă comună, banală, foarte frecventă, ce reprezintă sursa unor multiple preocupări pentru o serie de bolnavi, constipaţia înseamnă evacuarea mai rară (decît în fiecare zi sau la 2 zile) a conţinutului colonic sau evacuarea unui scaun extrem de redus sau uscat.

Funcţia esenţială a colonului este de stocare, deshidratare şi evacuare a conţinutului intestinal. Aceasta se realizează atît prin diferite tipuri de mişcări ale colonului, cît şi prin absorbţia apei prin mucoasa intestinală. Activitatea colonului este controlată de inervaţia proprie din peretele intestinului, de nervii simpatici şi parasimpatici, de scoarţa cerebrală. Mai recent, s-a observat că mişcările colonului sînt influen-

țate și de anumiți hormoni digestivi. Leziuni diferite ale peretelui intestinal, afecțiuni ale organelor din jur, dereglarea sistemelor de control al mișcărilor intestinale, produc tulburări în funcția normală a colonului. Constipația reprezintă deci un aspect al dereglării funcției normale a colonului.

Dat fiind faptul că activitatea intestinului depinde de mulți factori, constipația poate fi și ea produsă prin multiple mecanisme. Astfel distingem :

— *Constipația produsă prin defecte congenitale* (care au apărut în timpul vieții intrauterine și care erau deja prezente la naștere). Cea mai frecventă afecțiune din această categorie o reprezintă megacolonul idiopatic sau boala Hirschprung. Ea se caracterizează prin apariția, încă de la naștere, a unei constipații rebele ce nu răspunde decît foarte greu și din ce în ce mai greu la laxative. Se datorește lipsei inervației proprii a unui segment colonic și necesită, în final, intervenție chirurgicală.

— *Constipația produsă prin boli ale intestinului sau ale organelor din vecinătate.* Se întîlnește atunci cînd apar modificări care împiedică circuitul normal al conținutului intestinal : tumori în lumenul intestinal, leziuni inflamatorii ce produc stenoze, diverticuloze intestinale, aderențe în jurul intestinului sau mase tumorale în vecinătatea sa. Cele mai frecvente sînt însă cazurile în care leziunile sînt localizate anorectal, cum sînt hemoroizii, în special cei trombozați, și fisurile anale.

— *Constipația produsă prin dereglări funcționale :*

● La persoanele în vîrstă, la care musculatura peretelui abdominal este flască, constipația este deseori frecventă. De asemenea, în sarcină, constipația este un simptom comun.

● În anumite afecțiuni endocrine ca hipotiroidia sau hiperparatiroidia, dereglările hormonale produc și constipație.

● Există o serie de medicamente care produc întîrzierea tranzitului intestinal, din care menționăm : carbonatul de calciu, alucolul, antispasticele, tranchilizantele, derivatele din morfină, anumite medicamente care acționează asupra ganglionilor nervoși. Însuși abuzul de anumite purgative, cum sînt : ceaiul de crușin, rubarbă sau sucul de aloe, dacă sînt administrate în cantități mari și timp îndelungat, provoacă distrugerea ganglionilor nervoși din peretele intestinului și în felul acesta accentuează constipația, pentru combaterea căreia au fost utilizate.

● În anumite leziuni ale măduvei spinării (leuconevraxita, tabesul etc.), controlul nervos al funcției intestinale este întrerupt, instalîndu-se o constipație rebelă. Mult mai frecvent se observă însă constipația în bolile psihice, în nevroze, unde dereglarea controlului nervos central produce și tulburarea funcției intestinale. Suferința poartă denumirea de intestin iritabil, iar una din variantele sale este constipația spastică.

— *Constipația simplă* este determinată de : un regim alimentar neadecvat (alimentație redusă sau cu conținut scăzut în fibre dietetice), lipsa exercițiului fizic, neglijarea reflexului de scaun, schimbarea obiceiurilor zilnice, călătorii îndelungate.

Pentru a determina cauza care produce constipația, medicul urmărește atent istoricul simptomelor, examinează bolnavul și prescrie investigațiile necesare : tactul rectal, clisma cu bariu a intestinului gros, irigoscopia, rectoscopia și, dacă este necesar, alte investigații.

Bolnavii cu constipație pot prezenta : dureri abdominale, în special în regiunea inferioară, senzație de distensie abdominală, rareori dureri de cap, grețuri. Uneori, apar unele complicații, cum ar fi : hemoroizii, care întrețin la rîndul lor constipația, fisurile anale sau o falsă diaree (evacuarea numai a părții lichidiene a conținutului intestinal, fără partea solidă).

Tratamentul constipației este, desigur, diferențiat în funcție de cauza care a produs-o și odată cu înlăturarea acesteia întreaga simptomatologie se ameliorează sau dispare. Constipația simplă și aceea din afecțiunile psihice necesită administrarea unui regim alimentar și măsuri terapeutice și igienice, care pot fi utilizate fără rezerve și în celelalte tipuri de constipație.

Mentalitatea generală că persoanele constipate trebuie să se abțină de la mîncare, pentru a nu încărca intestinul, este o supoziție falsă, deoarece alimentația reprezintă stimulul normal care declanșează mișcările intestinului. Suferindul de constipație necesită o alimentație ordonată, la ore fixe, repartizată în 5 mese, care să nu fie copioase. În compoziția unor alimente (cereale, fructe, zarzavaturi) se găsesc anumite structuri, care se numesc fibre dietetice și care au o mare importanță în tratamentul modern al constipației cronice.

Vegetalele ingerate sub diferite forme pot fi înmuiate prin fierbere sau sfărîmate în timpul masticației și apoi sînt atacate de sucurile digestive. Fibrele dietetice sînt incluse în componența pereților plantelor, care, odată ajunse în tubul digestiv, nu sînt atacate de sucurile digestive. Ele se îmbibă cu ușurință cu apă, măresc conținutul intestinal, îl înmoaie, stimulînd astfel miș-

cările intestinului ; reprezintă, aşadar, cel mai inofensiv tratament al constipaţiei. Este necesar un aport zilnic de 1 000—1 500 ml lichide pentru a permite înmuierea scaunului.

Vegetalele cele mai bogate în fibre dietetice sînt : tărîţa sau făina integrală, varza, conopida, salata verde, sfecla, fasolea verde, mazărea, bananele, strugurii, perele, prunele, merele. Dacă tranzitul nu se restabileşte după un interval de 2—3 săptămîni de regim alimentar bogat în fibre dietetice, administrat sub formă de salate, soteuri, pîine graham, este bine să se adauge zilnic şi 2—3 linguri de tărîţă. Aceasta este în prealabil fiartă, după toleranţă, în 150—200 ml lapte sau ceai, îndulcindu-se după gust.

Tărîţa este consumată în afara meselor, de preferinţă dimineaţa sau la începutul după-amiezii.

Exerciţiul fizic, mersul pe jos, stimulează, de asemenea, tranzitul intestinal.

O altă măsură, extrem de importantă, este păstrarea sau educarea reflexului de scaun. Aceasta se realizează prin obişnuinţa de a evacua scaunul imediat ce se anunţă sau, dacă acest reflex a dispărut, să se creeze un nou obicei, zilnic, imediat după micul dejun sau după altă masă, totdeauna la aceeaşi oră, eventual cu ajutorul unui supozitor cu glicerină.

Abuzul de laxative sau de clisme evacuatoare nu face decît să agraveze constipaţia cronică.

Sămînţa de in, 2—3 linguriţe la culcare, după o prealabilă înmuiere în apă, are acelaşi efect ca şi fibrele dietetice. Mucilagiul vegetal Galcorin, administrat în doze cunoscute, are un efect laxativ blînd; de asemenea, uleiul de parafină, 1—2 linguri, administrat la culcare înmoaie scaunul.

La bolnavii la care aceste măsuri nu aduc satisfacţie, se poate administra magnezia usta cu lactoză, cîte $^1/_2$—1 linguriţă seara la culcare, iar în cazul în care constipaţia se asociază unor colecistopatii cu evacuare biliară leneşă, aceştia beneficiază de tratament cu Bourget sau cu sulfat de sodiu în doze mici, de 5 g/zi.

Toate aceste măsuri generale pot ajuta bolnavul constipat, ferindu-l de complicaţii.

Grupaj realizat de LUCIA GHEORGHIU

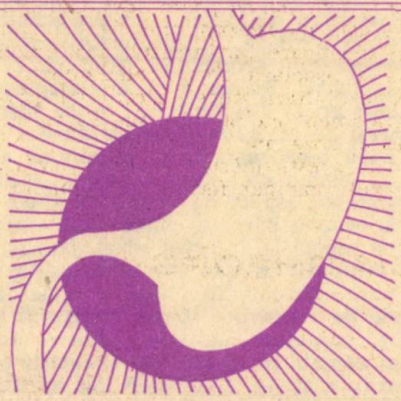
— CE ŢI-A SPUS DOCTORUL DE EŞTI AŞA PE GÎNDURI ?...
— MI-A SPUS SĂ NU MAI PIERD NOPŢILE !...

— AI CANINII FOARTE STRICAŢI !...
— MĂ MIR, EU MĂ ŞTIU OM SERIOS !...

Primul ajutor în urgențele digestive

Dr. doc. I. GHERMAN,
dr. ELEONORA FLORIAN

Spitalul clinic „Fundeni"



Ca și în cazul bolilor altor aparate sau organe, primul ajutor în urgențele bolilor aparatului digestiv trebuie acordat în mod corect și cît mai urgent, înaintea sosirii medicului sau a spitalizării bolnavului. Dintre urgențele digestive, **vărsăturile, durerile abdominale** sub formă de **colici** și **hemoragiile digestive** (hematemeza, melena) prezintă o deosebită importanță, ele putînd constitui adesea semne de alarmă pentru bolnav.

Vărsăturile se întîlnesc, de obicei, la bolnavii suferinzi de boli ale aparatului digestiv, dar pot fi și expresia unor afecțiuni ale rinichiului, inimii, ale sistemului nervos, a unui diabet zaharat sever, a unor infecții (mai ales la copii) sau apar după unele medicamente pe care bolnavul le ia în mod curent sau ocazional.

Indiferent de cauza care a provocat vărsăturile, dacă acestea se repetă la intervale scurte, ele devin supărătoare și pot duce la tulburări grave ale funcțiilor organismului, prin pierderile de apă și săruri minerale.

Pînă la venirea medicului, bolnavul va sta culcat la pat, nu i se vor administra medicamente pe gură și, după toleranță, i se vor da lichide reci cu linguriță (apă, ceai rece) ; o compresă umedă stropită cu alcool medicinal poate fi aplicată pe stomac. Ca medicamente, supozitoarele cu Emetiral sau Scobutil pot ajuta bolnavul.

Este important ca pînă la venirea medicului să se urmărească aspectul vărsăturii, dacă bolnavul varsă numai lichid sau și alimente, dacă în lichidul de vărsătură sînt firișoare de sînge, bilă sau mucozități. De asemenea, să se măsoare cantitatea de lichid vărsat. Aceste date relatate corect de bolnav sau de anturaj ajută medicul pentru precizarea cauzei vărsăturilor și pentru stabilirea atitudinii terapeutice de urmat în continuare, fie la domiciliu, fie într-un serviciu spitalicesc.

Durerile abdominale pot avea mai multe cauze, însă intensitatea durerii nu este totdeauna în concordanță cu gravitatea cauzei care o produce. Astfel, durerile foarte intense („colicile") pot apărea în litiaza biliară, în litiaza renală, dar aceste boli nu periclitează viața bolnavului.

Din contră, durerile mai puțin intense, instalate progresiv, pot fi sediul unei ocluzii sau subocluzii intestinale, boală care necesită intervenție chirurgicală pentru a salva bolnavul. Din acest motiv, orice durere abdominală instalată brusc și de intensitate mare necesită examen medical.

Este foarte important ca durerea abdominală să fie descrisă corect : cum a început, cum a iradiat, în ce parte s-a extins, care a fost punctul cel mai dureros inițial, deoarece, după o perioadă de timp, întreg abdomenul poate deveni dureros și, în această situație, este greu de stabilit punctul de plecare.

De asemenea, trebuie observate simptomele asociate durerii : vărsături, sughiț, diaree, oprirea tranzitului intestinal, apariția de hemoragii sau tulburări în eliminarea urinei; de asemenea, dacă odată cu durerea au apărut și frisoane sau febră și dacă durerea cedează în parte atunci cînd bolnavul se așază într-o anumită poziție. Relatarea pozițiilor pe care le adoptă bolnavul pentru a-și calma durerile sînt importante pentru medic în precizarea diagnosticului.

Pînă la venirea medicului, bolnavul va sta la pat, i se va aplica pe abdomen compresă umedă, caldă, stropită cu alcool medicinal și va primi Algocalmin, Scobutil sau Papaverină sub formă de tablete sau supozitoare. Anturajul trebuie să se comporte cu înțelegere și grijă față de bolnav, să-l încurajeze și să-l liniștească ; nu ar fi de folos bolnavului dacă cei din jur se vor alarma și vor crea panică. Dacă bolnavul prezintă și vărsături, se va întrerupe alimentația și se vor da numai lichide cu linguriță (apă, ceai, limonadă). Conținutul eliminat prin vărsături va fi, eventual, păstrat pentru a fi arătat medicului. Aceeași atitudine se impune și în caz că bolnavul are scaune diareice. Oricum, examenul medical va fi acela care va hotărî atitudinea ce trebuie adoptată : fie internare într-un serviciu de boli interne sau de chirurgie, fie tratament la domiciliu.

Hemoragiile digestive se manifestă prin vărsături cu sînge (hematemeză) sau prin eliminare de scaune cu sînge negru (melenă) sau roșu (rectoragii). Sîngele poate fi eliminat singur sau amestecat cu produs alimentar, suc gastric,mucozități sau materii fecale.

Orice hemoragie digestivă necesită internare într-un serviciu spitalicesc, indiferent dacă este cauzată de o boală digestivă sau extradigestivă.

Dintre bolile digestive care pot produce hemoragii menționăm : bolile esofagului, ale stomacului și duodenului, ale intestinului subțire sau gros, ca și cirozele hepatice, prin ruptura unor varice esofagiene.

La un bolnav la care apar vărsături cu sînge, prima atitudine pe care trebuie să o adopte cei din jurul lui este repausul la pat. Se va aplica pungă cu gheață pe abdomenul superior sau, în lipsă, comprese reci ; se va da bolnavului apă de la gheață sau cuburi de gheață, pe care le va ține în gură. De asemenea, se va urmări cantitatea de sînge pe care o varsă, ca și aspectul vărsăturii (sînge curat sau amestecat cu alimente, suc gastric, mucozități) ; este important de urmărit și numărul de vărsături, deoarece în funcție de acesta se poate aprecia gravitatea bolii.

Dacă se știe că bolnavul suferă de ulcer gastric sau duodenal, se pot administra prafuri alcaline, pansamente gastrice în amestec cu trombină (praf cu acțiune coagulantă). Bolnavul va fi transportat cu multă grijă, evitîndu-se orice manevră bruscă ce ar putea provoca durere.

Dacă hemoragia se manifestă numai prin scaune cu sînge negru „melenă", scaune cu aspect de cremă de ghete neagră, scaune care de obicei sînt explozive și se repetă la interval scurt, bolnavul va fi menținut la pat, iar alimentația va fi formată numai din lichide dulci, lapte, supe de zarzavat. Dacă bolnavul acuză sete, anxietate, agitație, paloare, acestea sînt semne că a pierdut o cantitate mai mare de sînge și în acest caz se impune internarea de urgență.

Dacă hemoragia se manifestă prin scaune cu sînge roșu amestecat sau nu cu materii fecale sau mucozități, această pierdere de sînge nu este resimțită la început în starea generală a bolnavului. El nu prezintă amețeli, dureri de cap, paloare, dar nici nu trebuie așteptat să apară aceste manifestări. Orice pierdere de sînge, chiar în cantitate mică, dacă se repetă, necesită prezentarea bolnavului la medic pentru examen de specialitate, aceste „rectoragii" putînd fi semnul de alarmă al unor boli grave, care, diagnosticate precoce, asigură vindecarea.

HEMORAGIILE DIGESTIVE

Dr. **MIHAI RĂDULESCU**
Spitalul „Colentina"

După cum arată și numele, hemoragia digestivă este o sîngerare, care se poate produce oriunde pe tubul digestiv, de la esofag pînă la rect și anus.

Spre deosebire de hemoragiile interne, unde sîngerarea are loc într-un spațiu închis, fără comunicare cu exteriorul, ca, de exemplu, în sarcina extrauterină ruptă, în rupturile de ficat sau splină etc., în hemoragiile digestive, sîngerarea are loc în interiorul tubului digestiv, fiind exteriorizată prin *hematemeză* și *melenă*.

Dar ce se înțelege prin hematemeză ? *Hematemeza* înseamnă exteriorizarea sîngerării digestive pe gură, prin vărsătură, precedata de o senzație de greață și plenitudine gastrică. De cele mai multe ori, hematemeza are aspectul și culoarea drojdiei de cafea, aspect datorit acțiunii sucului gastric asupra sîngelui revărsat în stomac. Vărsăturile sînt alcătuite, în această împrejurare, din suc gastric, sînge modificat, cheaguri și, eventual, resturi alimentare.

Cînd sîngerarea este abundentă, sîngele nu mai stagnează în stomac, ci este evacuat rapid prin vărsătură ; el nu mai este modificat de sucul gastric, ci apare ca o pierdere de sînge roșu, în cantitate variabilă. În acest caz, hematemeza poate fi confundată cu hemoptizia, cînd sîngerarea își are originea în plămîni, sîngele fiind evacuat tot pe gură. Ceea ce deosebește însă hematemeza de hemoptizie este faptul că în hemoptizie sîngerarea este precedată de tuse, iar sîngele are un caracter aerat, spumos.

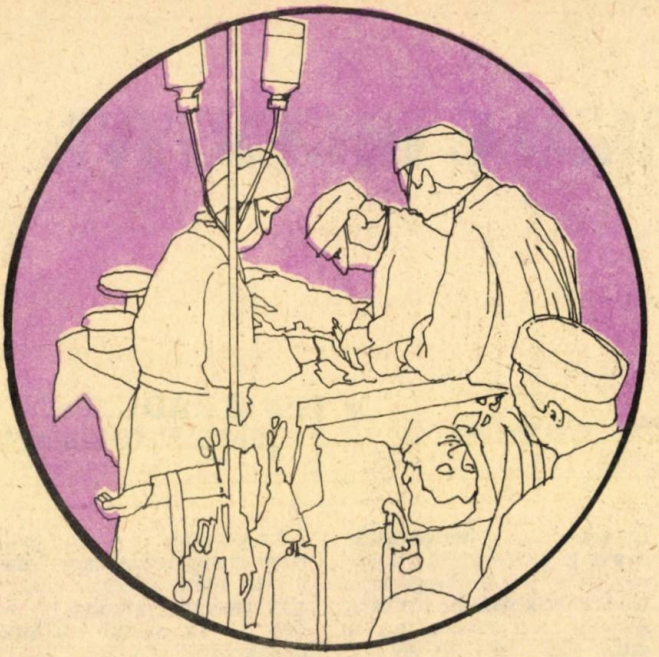
Hematemeza se mai poate produce și prin înghițirea sîngelui, în cazul hemoragiilor nazale banale (epistaxis) sau în urma fracturilor etajului anterior al bazei craniului. Dar și aceste sîngerări se deosebesc cu ușurință de hemoragia digestivă, pledînd pentru acestea examenul local al cavității nazale și existența traumatismului în antecedente.

Melena reprezintă exteriorizarea sîngerării digestive prin anus ; scaunul este negru ca păcura, cu luciu metalic. Culoarea neagră se datorește sulfatului de fier, care se formează din hemoglobina sîngelui revărsat în interior. Cînd sîngerarea este abundentă sau continuă, scaunul melenic este semilichid, ca un sirop gros, care nu-și păstrează forma în vas, iar atunci cînd melena devine consistentă, legată, este un semn că hemoragia este de proporții mici sau pe cale să se oprească.

În general, melena traduce o sîngerare care are loc în tubul digestiv superior (esofag, stomac, duoden sau intestinul subțire proximal).

Dacă sîngerarea a avut loc în intestinul subțire distal sau în intestinul gros, sîngele nu mai suferă transformarea melenică, el putînd fi evacuat sub formă de sînge roșu, proaspăt. Uneori, cînd hemoragia produsă în tubul digestiv superior este foarte abundentă, melena poate fi formată din sînge negru, amestecat cu sînge roșu și cheaguri.

Atragem atenția că nu trebuie făcută greșeala de a lua drept melenă scaunul de culoare modificată, datorită unor medicamente (bismut, fier, cărbune) ; în această împrejurare, scaunul este închis la culoare, cu nuanță verzuie, dar fără luciu și, în plus, lipsesc semnele de anemie acută, determinată de hemoragie. Precizăm faptul că *anemia acută*, pe lîngă hematemeză sau/și melenă, reprezintă cel de-al treilea semn de manifestare hemoragică digestivă. Ea este consecința directă și imediată a hemoragiei și se manifestă chiar înainte de apariția hematemezei sau a melenei prin : slăbiciune, senzație de ameteală, sudori reci, paloare



mai accentuată, dacă bolnavul încearcă să stea în picioare sau să se ridice în pat, pulsul este mic și accelerat, iar tensiunea arterială scăzută.

Gravitatea anemiei acute depinde de abundența, durata sau repetarea hemoragiei și de posibilitățile de compensare ale organismului, care în cazul hemoragiilor masive se epuizează foarte repede.

În ce împrejurare poate să apară hemoragia digestivă ?

Hemoragia digestivă apare de obicei ca o complicație în cadrul evoluției unor boli bine determinate. Cauzele sînt multiple, dar cele mai frecvente le constituie ulcerul gastric sau duodenal și sindromul de hipertensiune portală, întîlnit în ciroza hepatică sau în blocul extrahepatic. Alte cauze, printre care menționăm : hemoragiile prin ulcere de „stres" și gastritele hemoragice, hemoragiile de origine medicamentoasă, hemoragiile din cancerul gastric, hernia diafragmatică etc. sînt rareori întîlnite.

În ulcerul gastroduodenal, hemoragia digestivă se poate întîlni (ca dealtfel și perforația, cauză a peritonitei) ca primă manifestare la aproximativ 10% dintre bolnavii ulceroși ; de obicei, în antecedentele acestor bolnavi întîlnim suferințe clinice caracteristice bolii ulceroase (dureri ritmate de mese și calmate de alcaline, mai accentuate primăvara și toamna, un ulcer diagnosticat la un examen radiologic făcut într-o perioadă anterioară etc.). De asemenea, în sindromul de hipertensiune portală, în antecedentele bolnavilor întîlnim o hepatită cu sau fără recăderi, cu modificări de volum al ficatului (atrofie sau hepatomegalie), cu splenomegalie, vase dilatate sub tegumentele abdominale, mai accentuate periombilical, subicter, probe hepatice pozitive etc. În această suferință, sîngele venos din teritoriul abdomenului, care trebuie să treacă prin vena portă și prin ficat pentru a ajunge la inimă, nu mai poate străbate rețeaua capilară a ficatului, din cauza cirozei instalate, și încearcă să ocolească obstacolul, luînd drumul venelor din peretele stomacului și al esofagului ; astfel, se produc dilatații ale venelor, cu apariția de varice mai accentuate în zona esofagului inferior și a cardiei. La un moment dat, peretele venos cedează și apare hemoragia digestivă, de obicei foarte gravă. Cauza determinantă a acestor leziuni fiind la distanță de stomac (în ficat sau în zona suprasau subhepatică), aceste hemoragii sînt cunoscute și sub numele de hemoragii de origine extragastrică.

Printre hemoragiile gastrice mai puțin frecvente, am menționat mai sus ulcerele de „stres" și gastritele hemoragice, care sînt determinate de ulcerații acute cu apariție recentă ca în: arsuri întinse, traumatisme, leziuni operatorii sau tumorale, procese infecțioase cu stări toxicoseptice etc.

Rareori întîlnite sînt și hemoragiile medicamentoase, ele putînd să apară la bolnavii cu trecut de suferință digestivă sau chiar la persoane cu stomac sănătos, în funcție de susceptibilitatea individuală. Cele mai frecvente hemoragii sînt determinate de aspirină (acid acetilsalicilic), salicilați, corticoizi, fenilbutazonă, anticoagulante etc.

Dar care este atitudinea în fața unor bolnavi cu semne de hemoragie digestivă ?

Deoarece nu se poate cunoaște care va fi evoluția unei hemoragii digestive, chiar lipsită de gravitate la început, orice bolnav va fi internat obligatoriu în spital, unde va fi ținut sub „expectativă". Spre deosebire de cealaltă complicație acută majoră — perforația gastrică sau duodenală —,

unde intervenţia chirurgicală de urgenţă este obligatorie, la bolnavul cu hemoragie digestivă, intervenţia chirurgicală se poate temporiza, pentru a face loc tratamentului medical, care într-un număr însemnat de cazuri duce la oprirea hemoragiei.

Bolnavul odată internat este ţinut sub strictă supraveghere, i se stabileşte valoarea pulsului şi tensiunea arterială (se va ţine seama de cei cunoscuţi ca hipertensivi) şi se efectuează examenele de laborator necesare pentru aprecierea gradului de hemoragie. În raport cu pierderea de sînge, se perfuzează sînge sau masă eritrocitară, la care se adaugă perfuzie de substituenţi, pentru o refacere mai rapidă a volumului de sînge normal şi pentru asigurarea unei diureze osmotice corespunzătoare.

În ceea ce priveşte alimentaţia, se vor folosi lichide reci, la intervale scurte (20—30 ml lapte din oră în oră sau lapte şi smîntînă în aceleaşi cantităţi, la care se pot adăuga cantităţi mici de suc de fructe).

În continuare, în condiţiile unei reanimări corecte, *atitudinea terapeutică este determinată în principiu de evoluţia hemoragiei, în funcţie de modificările pulsului şi ale tensiunii arteriale, de examenele de laborator privind starea de anemie, de repetarea hemoragiei etc.*

Dacă numărul de pulsaţii începe să scadă şi unda pulsatilă să cîştige în amplitudine, dacă tensiunea arterială începe să crească, dacă starea de anemie se redresează, scaunul melenic devine mai consistent, senzaţia de leşin dispare, sînt semne că hemoragia scade sau s-a oprit ; în acest caz, se continuă tratamentul medical.

Dacă, dimpotrivă, pulsul continuă să se accelereze, tensiunea arterială să scadă, iar examenele de laborator repetate arată o anemie care nu se redresează, ci se accentuează chiar după ce s-au administrat deja 2 000—2 500 ml sînge, înseamnă că hemoragia continuă şi se impune intervenţia chirurgicală. Aceeaşi atitudine se adoptă şi în cazul în care, după un interval de timp (cîteva ore pînă la cîteva zile), hemoragia s-a oprit, după care a reapărut.

Deoarece hemoragiile digestive sînt complicaţii ale unor afecţiuni deja constituite, se impune prezentarea de urgenţă la medic, singurul în măsură să precizeze atitudinea terapeutică.

Pastile vesele

Un pacient, aflat pe masa de operaţie, se adresează medicului :

— Cum ? ! douăzeci de mii de franci pentru o operaţie ? E groaznic de scump !

— A ! Iată că vine colegul meu, Dupont, care nu vă va lua nici un franc !

— Cum adică, el face operaţii pe degeaba ? !

— Nu, dar ca de obicei, lui îi plătesc moştenitorii !

Din revista Crocodil nr. 14/1976

Chirurgul se adresează pacientului, întins pe masa de operaţie :

— Această operaţie va fi prezentată şi la televiziune, signore Bellini, aşa că trebuie să vă străduiţi să zîmbiţi adeseori !

Din revista Crocodil nr. 8/1980

— Doctore, mi-e ruşine să vă chem pe o noapte aşa de ploioasă !

— Nu face nimic, signore Morelli, eu mai am de vizitat încă un pacient, nu departe de dumneavoastră, aşa că voi izbuti să omor doi iepuri cu o singură împuşcătură !

Din revista Crocodil nr. 2/1980

Traducere de NICOLESCU ALEXEI

EPIGRAME

CONSULT MEDICAL

— Şapte zile vreau concediu,
Mă simt rău şi-aş sta la pat !
— Iată, tinere, remediu :
Stai doar noaptea şi-ai scăpat !

SENILITATE

Soţia zise cu melancolie :
— Ce mult, odinioară, ne-am iubit !
Tu m-ai cerut chiar în căsătorie.
— Da..., mi-amintesc ! Şi ne-am căsătorit ?

LA DENTIST

— Micuţule, fii calm şi ia aminte :
De-aş fi în locul tău, nu mi-ar fi greu,
Nici frică dacă-aş vrea să-mi scot un dinte.
— Nici mie... dacă-aţi fi în locul meu !

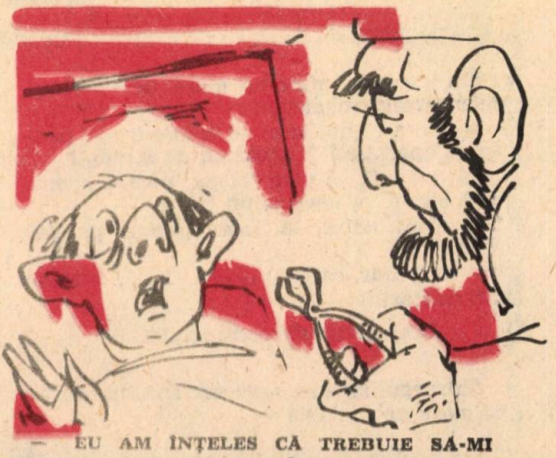
ÎNTREBARE ŞI RĂSPUNS

— Nu-ţi place fizica şi algebra,
Dar ce e termometrul ştii ?
— E-un mic flacon de doctorii
În care se păstrează febra.

A. C. DRAGODAN

— O SĂ-ŢI SCOT MĂSEAUA ASTĂ „DE MINTE", E CARIATĂ !...
— CUM AŞA ? EU CE VOI FACE FĂRĂ MINTE ?...

— N-AI NIMIC LA OCHI, DE CE-ŢI TREBUIE OCHELARI NEGRI ?...
— SĂ NU MĂ VADĂ „ŞEFUL" CÎND DORM !...



— EU AM ÎNŢELES CĂ TREBUIE SĂ-MI PUNEŢI ALŢII, DAR NU SĂ MI-I SCOATEŢI !...

TROMBOZELE amenință viața !

Frecvența îngrijorătoare a neașteptatelor drame vasculare (infarctul de miocard, congestia cerebrală și cangrena membrelor inferioare, care necesită în final amputația) face ca bolile cardiovasculare să constituie prima cauză de mortalitate a lumii moderne, suscitînd nu numai îngrijorare, dar și aprofundarea cercetărilor pentru găsirea unor remedii.

Fondul acestor afecțiuni îl constituie ateroscleroza pereților arteriali, ca urmare a interacțiunii prelungite a factorilor de risc : hipertensiunea arterială, creșterea acizilor grași și a derivaților acestora din sînge și îndeosebi a colesterolului, fumatul, diabetul zaharat, sedentarismul, tensiunea nervoasă. Dar complicația generatoare de catastrofă constă din formarea imprevizibilă, la nivelul leziunilor vasculare, a unui cheag sau trombus, alcătuit din aglomerarea micilor elemente coagulante ale sîngelui, numite *trombocite* sau *plăcuțe sanguine*.

Micșorînd sau întrerupînd circulația locală, cheagul scoate din funcție porțiuni din organe vitale, cum sînt inima și creierul.

Angajată în lupta împotriva infecțiilor, lumea medicală și-a îndreptat în principal atenția asupra elementelor albe ale sîngelui — *leucocitele* — ale căror capacități de ripostă antimicrobiană erau cunoscute din secolul trecut. Așa au rămas în umbră trombocitele, al căror rol esențial constă din efectuarea hemostazei, adică oprirea unei sîngerări prin formarea locală a unui cheag. Potrivit microscopiei clasice, alcătuirea lor a fost considerată simplă, pînă cînd microscopia electronică le-a demonstrat complexitatea structurală și funcțională, în ciuda faptului că sînt lipsite de nucleu. Normal, ele circulă libere în vase, fără a se lipi de peretele acestora, dar îndată ce acesta suferă o lezare, de exemplu o tăietură, în baza celor două proprietăți ale lor — adezivitatea și agregabilitatea — aderă de locul vătămat, iar prin alipire, ele formează cheagul sau trombusul (latinescul *thrombus* = cheag), care oprește sîngerarea. Aceasta este hemostaza fiziologică, proces foarte complicat, în care, alături de plăcuțele sanguine, intervin numeroși factori plasmatici ai coagulării, inclusiv calciul.

Dar același proces util și inofensiv ne poate sidera viața ! Este vorba de tromboză — coagulare a sîngelui în interiorul unui vas, ca urmare a unor leziuni ale stratului endotelial intern sau care provine în urma încetinirii vitezei sîngelui ori a unor modificări în compoziția acestuia. Cheagul rezultat aderă de perete și, mărindu-și dimensiunile, oprește fluxul sanguin. Tromboza, atît de primejdioasă vieții, nu este deci decît exagerarea unui fenomen fiziologic. Din cauza unor condiții locale (respectiv o placă de aterom), în plină sănătate plăcuțele pot constitui un cheag, care întrerupe brusc circulația. Așadar, primul factor îl constituie leziunea peretelui arterial. Placa de aterom, provenită din infiltrația locală cu grăsimi, se ulcerează cu timpul, descoperind straturile mai adînci ale peretelui arterial. Plăcuțele sanguine aderă la acest nivel și, prin eliberarea unei suite de factori enzimatici depozitați în granulele pe care le conțin, formează cheagul. Acțiunea lor are consecințe grave pentru circulația locală. Secretînd un puternic agent agregant — *tromboxanul* — cu scopul de a aglomera local cît mai multe plăcuțe, pe lîngă creșterea cheagului, acesta produce și un puternic spasm local, prin contractarea fibrelor musculare din tunica mijlocie a vasului. Pentru a-i atenua acțiunea agregantă și vasoconstrictoare, endoteliul sănătos eliberează o substanță cu efecte inverse, antiagregante și vasodilatatoare : *prostaciclina*. În condiții normale, ei îi revine rolul de a preveni aderarea la perete a trombocitelor circulante.

Introducerea sa recentă în terapeutică este foarte promițătoare. Din echilibrul acestor doi factori se decide starea de sănătate a unei artere. Fie o funcție exagerată a trombocitelor, fie o lipsă a prostaciclinei, predispune la tromboză. Gravitatea trombozelor este destul de variabilă. Cele de mici dimensiuni se dispersează după scurt timp, producînd o simptomatologie tranzitorie ca, de exemplu, în delicatul sistem vertebrobazilar al creierului :

crize cu ameţeală şi pierdere de echilibru, vedere dublă (diplopie), înceţoşarea vederii, cefalee posterioară sau căderea neaşteptată, prin scăderea bruscă a tonusului muscular al membrelor inferioare. Cunoştinţa este păstrată. După cîteva minute, totul reintră în ordine.

Din plăcile de aterom devenite cuiburi de microcheaguri pot porni mici embolii care, ajungînd în circulaţia coronariană, irită filetele stimulatoare ale ritmicităţii cardiace, provocînd grave tulburări de ritm sau întreruperea activităţii electrice a inimii.

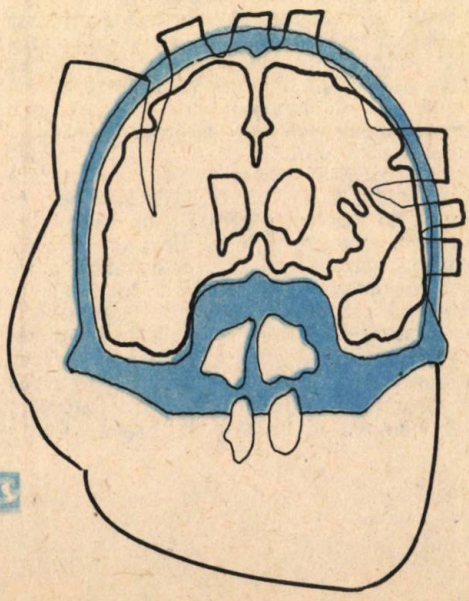
Marile tromboze care pot costa viaţa sînt infarctele cardiace şi congestiile cerebrale. Studiul bolnavilor cu asemenea complicaţii au incriminat categoric trombocitele. În aceste cazuri, ele prezintă o agregabilitate mărită şi o tendinţă sporită de adezivitate la peretele arterial, consecinţă mai puţin a creşterii lor numerice, cît mai ales a metabolismului lor exagerat. Ca atare, a luat fiinţă o nouă medicaţie antiagregantă, menită să le tempereze hiperfuncţia. Aspirina devine primul reprezentant. Se observase mai de mult că femeile evitau acest medicament în timpul ciclului, pentru a nu li se mări pierderile de sînge. Acest neajuns avea să devină o însuşire nouă terapeutică. Fără să producă sîngerări ale pielii şi mucoaselor, ea împiedică formarea cheagurilor intravasculare. Chirurgul Wolf a observat la operaţii săi care au luat aspirină lipsa emboliilor pulmonare, complicaţii adesea mortale, pornite din flebitele ascunse ale membrelor inferioare, inactive postoperator. Unii diabetici trataţi cu aspirină pentru reumatism au remarcat ameliorarea retinopatiei de care sufereau, precum şi ameliorarea vederii. Laboratorul i-a confirmat aspirinei acţiunea antitrombozantă. Datorită unui radical — acetil —, pe care ceilalţi salicilaţi nu-l posedă, ea împiedică agregarea trombocitelor.

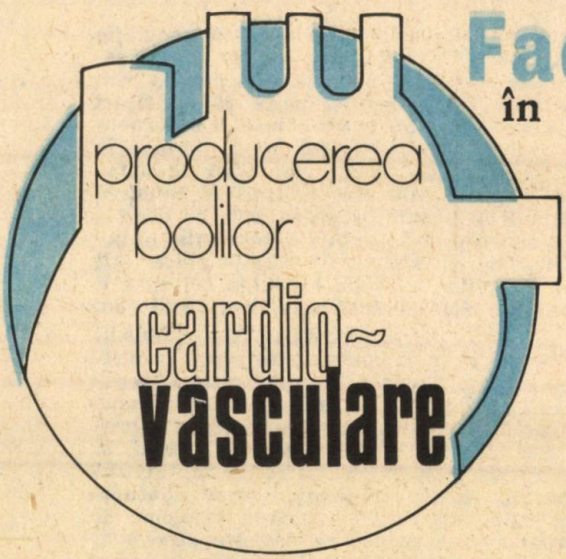
Dar, în timp ce doza medie de 200 mg aspirină inhibă formarea tromboxanului timp de 24 de ore, dozele mari au un efect invers, dăunător, întrucît opresc în acelaşi timp şi elaborarea prostaciclinei, remediul natural antitrombotic. Dozele utile sînt, aşadar, mai mici decît s-a crezut, aproximativ 300 mg/zi, la care efectele nocive asupra stomacului sînt mai mici. Veştile bune n-au întîrziat. Un comprimat de aspirină pe zi după vîrsta de 40 de ani previne accidentele vasculare cerebrale la predispuşi, iar verificări pe loturi mari de coronarieni anunţă scăderea mortalităţii prin infarct. De asemenea, în arteritele picioarelor, aspirina previne obstruarea de noi segmente şi evită trombozarea secundară a grefelor, care au înlocuit segmentele bolnave. Împiedicînd rolul nociv al trombocitelor, se speră că aspirina, luată cu regularitate, ar preveni sau ameliora ateroscleroza şi complicaţiile ei, care însoţesc în lumea modernă stresul, fumatul, abuzurile alimentare şi vîrsta înaintată. Al doilea agent antiagregant apărut a fost Dipiridamolul (Persantinul), a cărui acţiune este însă diferită. El inactivează adenozinmonofosfatul, blocînd consecutiv migrarea calciului, indispensabil alipirii plăcuţelor sanguine. Întrucît aspirina şi Persantinul acţionează pe căi diferite, asocierea lor este judicioasă.

Urmărind evoluţia aterosclerozei la o serie de bolnavi suferind de gută, cărora li s-a administrat pentru scăderea acidului uric din sînge „Anturan", autorul canadian Mustard a remarcat nu numai ameliorarea crizelor de angină pectorală, dar şi normalizarea funcţiilor plachetare. Administrat pe scară largă la bolnavi după primul lor infarct, s-a constatat scăderea cu 50% a unui al doilea infarct, micşorarea incidenţei tulburărilor de ritm şi reducerea globală a mortalităţii prin cord. Anturanul uricozuric, puternic înrudit chimic cu Fenilbutazona (Reumazol), acţionează antiagregant la dozajul de 4 × 200 mg/zi, fiind util atît pentru prevenirea secundară a infarctelor, cît şi pentru evitarea microemboliilor, care pot produce moartea subită.

Şi unele alimente manifestă proprietăţi antiagregante : în primul rînd, uleiurile vegetale (soia, porumb, floarea soarelui), apoi ceapa şi usturoiul, care exercită în plus o acţiune de microdispersare a grăsimilor din sînge şi de îndepărtare a lor de pe peretele arterial.

Dr. GH. STOICESCU





Factori de risc în producerea bolilor cardio-vasculare

Prof. dr. CORNELIU DUDEA
Clinica I medicală, I.M.F. Tîrgu Mureș

Este un fapt bine cunoscut că, în ultima vreme, bolile cele mai răspîndite în rîndul populațiilor cu standard de viață mai ridicat sînt bolile cardiovasculare. Cele mai multe boli cardiovasculare au ca substrat leziuni ale pereților arteriali. Importanța și chiar gravitatea acestor boli decurg din faptul că leziunile arteriale produc tulburări ale irigației cu sînge a unor organe vitale ca, de exemplu, inima (dînd așa-numita cardiopatie ischemică), creierul (dînd diversele forme de boli vasculare cerebrale) sau alte organe. Relativ frecvent apar leziuni și în arterele membrelor inferioare, care se manifestă cu dureri la mers, ajungînd uneori pînă la producerea de cangrenă a unor segmente ale membrului respectiv.

Leziunile care se produc în artere nu sînt pur și simplu expresia unei „îmbătrîniri" a țesuturilor arteriale, ceea ce înseamnă, pe de o parte, că nu sînt inevitabile și ireversibile, iar pe de altă parte, că nu interesează doar persoanele vîrstnice, ele întîlnindu-se și la vîrste tinere (sub 40 și chiar sub 30 de ani). Leziunile arterelor sînt rezultatul unor „agresiuni" produse de diferite cauze asupra pereților arteriali. De aceea, ele nu apar în mod obligatoriu la toți oamenii, iar la unii evoluția procesului aterogen este extrem de lentă. Acest aspect este deosebit de important, deoarece pe el se bazează conceptul de prevenire și de combatere a bolilor datorate leziunilor arteriale. Dacă se poate cunoaște care sînt factorii de agresiune asupra arterelor, așa-numiții „factori de risc", cum și în ce condiții acționează ei, care sînt modalitățile prin care organismul reacționează la acești factori, atunci, fără îndoială, că se poate deduce cu ușurință care sînt măsurile prin care putem evita sau cel puțin reduce cît mai mult acțiunea acestor factori. Aceasta presupune, pe de o parte, de a evita cît mai mult expunerea la factorii de risc, iar pe de altă parte, de a obține o cît mai bună adaptare a organismului, în așa fel încît să facă față în mod optim agresiunii, fără să se producă leziuni arteriale sau, cel puțin, acestea să fie cît mai atenuate.

Multă vreme s-a considerat că există două categorii principale de factori de agresiune asupra pereților arteriali : inflamația *și procesele zise* „degenerative" *sau* „metabolice", *adică datorate unor tulburări ale mecanismelor biochimice foarte complexe, care au loc în țesuturile pereților arteriali. Astăzi se știe că diferențierea de mai sus nu este chiar atît de netă și că atît inflamațiile, cît și tulburările metabolice acționează asupra acelorași mecanisme biologice din artere.*

Inflamațiile datorite unor infecții directe, microbiene sau virale, intervin relativ foarte rar în producerea leziunilor arteriale. Sînt mai frecvente inflamațiile produse prin procese zise de „hipersensibilizare" *a organismului față de anumite substanțe de natură microbiană sau chimică (toxică și chiar unele medicamente). Un alt factor, a cărui acțiune asupra arterelor periferice este uneori foarte evidentă, este expunerea la frig. Un exemplu în acest sens îl constituie degerăturile. Dar și expunerea îndelungată la anumite vibrații sau mici traumatisme poate produce leziuni vasculare. În afara factorilor de agresiune amintiți, studiile statistice cele mai moderne au scos în evidență acei factori de risc cel mai frecvent implicați în producerea leziunilor arteriale. Printre acești factori de agresiune, larg răspîndit și bine tolerat de societatea contemporană este* fumatul, *mai exact spus expunerea mai îndelungată la acțiunea unor substanțe toxice rezultate din arderea tutunului. Este vorba de acel obicei care a devenit o veritabilă toxicomanie a secolului nostru, caracterizată prin obișnuință și o stare de absolută nevoie de a fuma. Fumătorii înveterați afirmă că în fumul de țigară își găsesc calmul și senzația de confort. Dar ca orice „viciu", nu are o motivație fiziologică. Justificarea că „fumatul unei țigarete este resimțit ca o relaxare"*

constituie expresia faptului că s-a creat „dependența" de această substanță toxică. În realitate, atît sistemul nervos, cît și cel cardiovascular, sînt biciuite fără vreun beneficiu. Lăsînd la o parte efectele nocive evidente asupra aparatului respirator (bronșitele cronice cu insuficiență respiratorie și limitarea capacității de muncă, instalarea multor infecții și supurații ale căilor respiratorii și, în ultimă instanță, cancerul pulmonar) sau efectele nefavorabile asupra aparatului digestiv (gastrite etc.), influențele nocive ale tutunului asupra aparatului cardiovascular sînt foarte frecvente și adeseori grave. Astfel, fumatul accelerează bătăile inimii, produce spasme (contracție) ale arterelor, mai ales ale arterelor mici, adică acelea care au rolul cel mai important în irigarea directă cu sînge a tuturor țesuturilor, inclusiv a mușchiului cardiac și a structurilor din pereții arterelor mai mari. Totodată, se produce o creștere a tensiunii arteriale, prin creșterea rezistenței pe care o opun arterele mici. Este bine dovedit că tutunul produce și leziuni în pereții interni ai arterelor (intima arterială). Se modifică coagulabilitatea sîngelui, ca și starea funcțională a plăcuțelor sanguine (trombocitele), care au un rol deosebit de important în asigurarea stabilității fizico-chimice a sîngelui și în asigurarea unui echilibru între peretele vascular și sîngele conținut în vase.

Studiile făcute pe loturi mari de populație au dovedit că frecvența bolilor cardiovasculare este mult crescută, mai ales la persoanele care fumează peste 20 de țigări pe zi. De asemenea, s-a constatat o creștere a frecvenței acestor boli și la persoanele care fumează „puțin" sau chiar la nefumători, dar care sînt obligați să inhaleze fumul de țigară. De aceea, este de dorit o participare responsabilă a populației la înțelegerea și înlăturarea acestui obicei atît de dăunător nu numai pentru cel care îl practică, dar și pentru cei din jurul său.

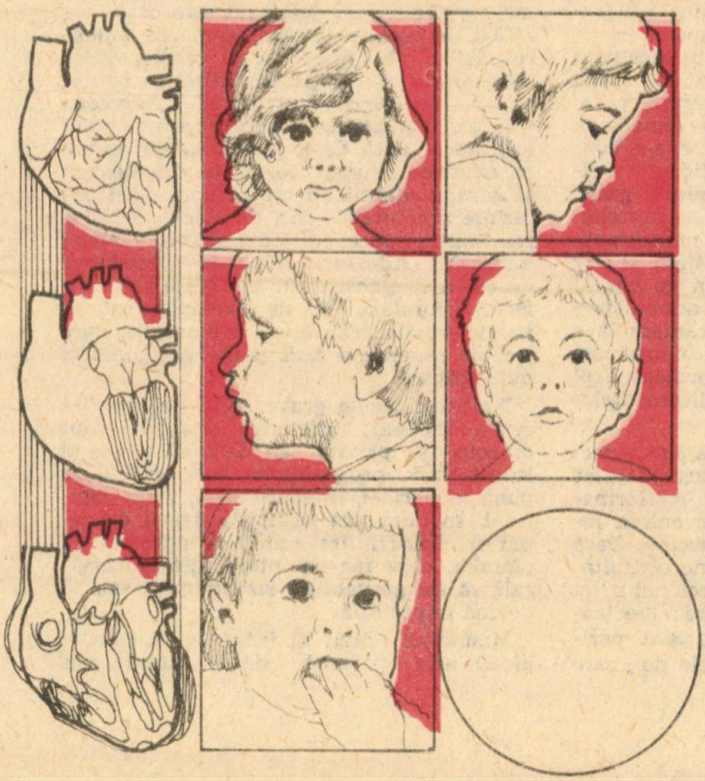
Un alt factor de risc despre care publicul este din ce în ce mai mult informat în ultimul timp îl constituie alimentația nerațională. Caracterul „nerațional" al alimentației, prin care ea devine factor de agresiune asupra organismului, în general, și a arterelor, în special, se referă la : abuzul caloric, adică consumarea unor cantități de alimente peste necesarul fiziologic al organismului, ceea ce se însoțește, de regulă, de un surplus în greutatea corporală, putînd să ducă la obezitate evidentă ; abuzul de grăsimi animale (unt, smîntînă, untură) ; abuzul de zahăr rafinat, de carne (în detrimentul altor alimente care conțin proteine), de sare de bucătărie etc. Fără a intra în detalii în legătură cu această problematică larg dezbătută în ultima vreme, trebuie subliniat că orice abuz alimentar, adică depășirea unor limite fiziologice ale cantității și proporției diverselor principii alimentare, acționează ca factori de agresiune asupra pereților vasculari prin niște mecanisme foarte complexe, dar foarte fine și sensibile. „Greșelile" sau „neglijențele" alimentare, întocmai ca și fumatul, prin faptul că se repetă des, chiar zilnic și timp îndelungat, fac ca acțiunea agresivă, oricît de mică ar fi ea, să se sumeze treptat, de la o zi la alta, ducînd în cele din urmă la leziuni arteriale. Tulburările încep încă de la vîrsta tînără sau chiar din copilărie și rezultatele se văd la vîrsta maturității sau la începutul senescenței. De aceea, combaterea acestor factori de risc trebuie să înceapă încă din copilărie și tinerețe, ceea ce presupune educație în acest sens, dar și o colaborare conștientă a fiecăruia. Experiența realizată în diverse țări la anumite grupe de populație, la care alimentația a fost „raționalizată", a dovedit că procentul bolilor cardiovasculare a scăzut în ultimii ani în mod evident. Iată de ce nu este indiferent, nici pentru individ și nici pentru societate, felul în care populația înțelege necesitatea adoptării unor măsuri de alimentație „rațională". Creșterea nivelului de trai nu trebuie să fie urmată de „abuz", în detrimentul propriei sănătăți ! Sub acest

aspect, problema nu este numai pur personală, ci fiecare trebuie să înțeleagă că apărarea și păstrarea propriei sănătăți este o îndatorire și față de familie, și față de întreaga societate.

Un alt factor de risc, legat de viața „modernă", este sedentarismul *sau, mai corect spus, lipsa de mișcare fizică, de activitate musculară. Activitatea mușchilor este cea care „arde" în organism principiile alimentare. Se creează adeseori un dezechilibru între aportul crescut de calorii prin alimentație excesivă și consumarea lor insuficientă în organism, prin lipsa de mișcare. Ceea ce nu se „arde" se va depune, antrenînd tulburări metabolice în organism, iar cu timpul, leziuni în pereții arteriali.*

Desigur că mai există și alți factori de risc în producerea leziunilor vasculare, după cum și mecanismele prin care se produc leziunile arteriale sînt variate. Am relevat în cele de mai sus numai factorii cei mai importanți și mai răspîndiți, care trebuie să fie cunoscuți de masa largă a populației. Numai astfel se poate înțelege mai bine de ce se fac pe toate căile apeluri cu caracter educativ, în sensul apărării sănătății, bunul cel mai de preț.

CARDIOPATIILE congenitale



Cardiopatiile congenitale — boli ale inimii prezente de la naștere — nu sînt rare. Aproximativ 0,85% din copii se nasc cu o asemenea suferință.

Afecțiunile cuprinse în grupa cardiopatiilor congenitale sînt de o extremă varietate; majoritatea reprezintă o anomalie în dezvoltarea inimii și a vaselor mari. Și evoluția lor naturală este diferită: unele permit supraviețuirea pînă la o vîrstă înaintată, altele — cel puțin un sfert — sînt deosebit de grave, ridicînd probleme dificile de diagnostic și tratament încă din primul an de viață. Acestea din urmă sînt numite „afecțiuni critice".

Deoarece cardiopatia congenitală reprezintă o categorie însemnată din totalul malformațiilor atît ca număr, cît și ca gravitate, prevenirea și tratamentul ei constituie o problemă de medicină socială, fiind o cauză de invaliditate pentru bolnavi și de suferință morală pentru familiile acestora. Astăzi însă, datorită progreselor spectaculare

ale chirurgiei cardiace, aceste malformații, care pînă acum cîteva decenii nu beneficiau de un tratament eficient, pot fi perfect corectate, asigurînd copiilor o dezvoltare și o inserție socială normale. Cazurile neoperabile sînt, din fericire, puține. Defectul septal ventricular — cea mai comună cardiopatie congenitală — se închide uneori spontan în primul an de viață, alte cardiopatii congenitale se vindecă în urma unui tratament medicamentos, iar o parte însemnată, prin lipsa de gravitate, impune numai respectarea unor indicații igienice, fără să necesite intervenție chirurgicală.

Care sînt cauzele cardiopatiilor congenitale și ce putem întreprinde pentru prevenirea lor ? Din păcate, aceste cauze sînt numai parțial cunoscute și, în consecință, posibilitățile de prevenire sînt imperfecte, dar nu lipsite de valoare practică. Astfel, unele dintre cardiopatiile congenitale sînt consecința îmbolnăvirii embrionului în uterul matern, și anume în primele trei luni de sarcină, cînd inima — ca dealtfel și alte organe — nu este încă complet formată. Rubeola, o boală virotică ușoară, asemănătoare cu pojarul, dacă survine la o gravidă în primul trimestru de sarcină, produce o suferință gravă a embrionului, din care rezultă malformații, îndeosebi cardiace și oculare. Rolul infecțiilor virale sezoniere este bănuit, dar nu dovedit.

Acum mai bine de un deceniu, o îngrozitoare tragedie a zguduit lumea : în cîteva țări din Occident, un medicament (Thalidomida) era recomandat de firma producătoare împotriva tulburărilor vegetative de care suferă mai toate femeile în primele luni de sarcină. Ulterior, s-a constatat că medicamentul, insuficient verificat în laborator, produce copilului grave malformații ale inimii și ale membrelor. S-au născut mii de copii malformați. Mulți au murit, dar mulți trăiesc și vor mai supraviețui decenii, spre a ne aminti de riscurile pe care le implică administrarea intempestivă a unui medicament la o gravidă. Dealtfel, cunoaștem numeroase droguri care pot produce malformații, fapt indicat și în prospectele medicamentelor noastre.

Din cele relatate, reiese că un aspect important al profilaxiei cardiopatiilor congenitale, ca și al tuturor malformațiilor dealtfel, îl constituie prevenirea infecțiilor în primele luni de sarcină. Dacă mama s-a îmbolnăvit, se impune consultarea medicului. Un alt aspect, cel puțin tot atît de important, este evitarea medicamentelor în această perioadă. Sînt periculoase îndeosebi medicamentele noi, care n-au trecut proba timpului, ca și automedicația, capabilă de complicații uneori ireversibile. Mai există unele cardiopatii congenitale care apar în cadrul unor boli familiale complexe, afectînd o anumită genă, iar altele includ o anomalie numerică sau structurală a cromozomilor.

Cînd există o astfel de suspiciune, este necesar ca medicul specialist să fie informat asupra antecedentelor familiale, considerîndu-se esențială și examinarea medicală a rudelor bolnave.

Din nefericire, majoritatea cardiopatiilor congenitale rezultă din acțiunea consensuală a unor factori de mediu și genetici. Aceste afecțiuni se numesc poligenice, iar prevenirea lor este totdeauna dificilă.

Se ridică întrebarea firească dacă dintr-o familie în care un părinte sau un copil suferă de o cardiopatie congenitală, se va naște sau nu un descendent cu aceeași boală ? Geneticianul sau cardiologul sînt în măsură să aprecieze valoarea riscului, care, de regulă, este mic, cu atît mai mic cu cît boala de care suferă unul din membrii familiei este mai rară.

Pentru tratamentul cardiopatiilor congenitale, un rol esențial îl joacă diagnosticul precoce. Pediatrul este primul chemat să depisteze această boală încă de la naștere sau în primele luni de viață, fapt deosebit de necesar, îndeosebi pentru formele grave. Acest deziderat este destul de dificil de realizat, ținînd seama de numărul destul de însemnat al cardiopatiilor congenitale și de particularitățile bolilor pe care le poate prezenta sugarul. Adeseori, cianoza (învinețirea pielii și a mucoaselor), accentuată de plîns, suptul întrerupt, ca expresie a unei respirații dificile, pot să atragă atenția mamei asupra unei suferințe a copilului, dar, de obicei, depistarea bolii se face cu ocazia unui examen medical. Adeseori, pentru precizarea exactă a diagnosticului sînt necesare examene complexe ca, de exemplu, cateterismul cardiac sau angiocardiografia, care trebuie practicată fără ezitări sau amînări nejustificate.

Pentru cazurile grave, greu de apreciat de la început, întîrzierea diagnosticului dincolo de primul an de viață poate fi catastrofală, progresiunea bolii putînd să pună în pericol, în scurt timp, viața copilului. În plus, pot să apară destul de rapid modificări ireversibile, îndeosebi în plămîni, care fac ca intervenția chirurgicală să fie grevată de riscuri mari sau să devină imposibilă.

Momentul optim al intervenției chirurgicale este variabil, de la caz la caz.

Uneori, operația se impune în primii doi ani de viață, dar, de regulă, se practică la vîrsta de 4—5 ani, deci înainte de a fi școlarizat copilul. Dealtfel, este recunoscut de către specialiști că, la această vîrstă, operația este mai ușor acceptată din punct de vedere psihologic, atît de bolnav, cît și de familie, iar încadrarea ulterioară a copilului în școală și în societate este optimală.

Complicațiile grave pe care le poate antrena după sine întîrzierea operației implică, deopotrivă, responsabilitatea părinților și a medicului.

În așteptarea momentului optim, în care intervenția se poate practica cu minimum de risc și cu cele mai bune rezultate, un tratament medical corect este esențial. Uneori, la copiii mici sînt necesare operații ușoare paliative, care, fără să corecteze defectul, permit să se aștepte fără pericol momentul realizării curei complete.

Există însă numeroase cardiopatii congenitale care nu necesită operație, deoarece permit o viață normală și îndelungată, în timp ce unele forme pot fi operate la adolescență sau la maturitate, cu rezultate excelente.

Astăzi beneficiem de multiple posibilități de depistare a cardiopatiilor congenitale prin rețeaua de pediatrie. Diagnosticul corect cere punerea în funcțiune a unor mijloace de diagnostic de mare tehnicitate, iar intervenția chirurgicală se efectuează în clinici speciale din București și din alte centre universitare.

Atragem atenția că problema tratamentului acestor boli trebuie privită nu numai cu seriozitate, dar și cu optimism, deoarece clinicile chirurgicale specializate din țara noastră abordează cu succes chiar și cazurile cele mai complexe. În plus, importante posibilități științifice, tehnice și financiare sînt puse în slujba acestor copii, spre a-i putea reda vieții sociale normale. Satisfacțiile sînt însă nu numai pe măsura eforturilor societății, dar și ale medicilor și ale familiilor celor suferinzi.

Conf. dr. AL. IOAN

LA POLICLINICĂ

— Deci, vrei scutire medicală ? Dar ce ai ?

— O scrisoare de la un prieten al dvs.

— Fumați ?

— Cu plăcere, ce țigări aveți ?

— Închipuie-ți, dragă. De zece ani, soțul meu nu închide un ochi toată noaptea.

— Și ce are ?

— Un post de paznic de noapte !

— La răceala dumitale, tinere, ți-ar trebui cît mai multe ceaiuri.

— Dansante, tovarășe doctor ?

— Nu, fierbinți !

— Data trecută, mi-ați prescris cîte o injecție cu vitamina B_{12} pe zi.

— Exact. Și ?

— Aveam acasă mai multe fiole cu vitamina B_1 și le-am făcut pe toate 12 odată.

— Dumneavoastră ar trebui să schimbați aerul !

— Și cît timp îl schimb, ce mai respir ?

— De doi ani, soția mea este la spital.

— Regretele mele.

— Nu înțeleg de ce ? Este la spital, soră medicală.

V. D. Popa

BOLI CARDIACE DE CAUZĂ infecțioasă

Dr. **M. NUȚĂ, medic primar**
Clinica medicală, Spitalul „Caritas"

În prezent nu există nici o îndoială că o multitudine de bacterii, virusuri, rickettsii etc. pot provoca leziuni cardiace, putînd afecta unul din straturile inimii (endocard, miocard sau pericard) sau toate cele trei straturi, dînd pancardita. Leziunile endocardului și pericardului se datoresc, în principal, fixării și dezvoltării germenilor în aceste componente cardiace, în timp ce alterările miocardului pot fi secundare atît fixării acestor microorganisme, cît și modificărilor toxice, metabolice sau ischemice de origine infecțioasă, pe care aceste microorganisme le produc. Este de notat faptul că, în timp ce în unele boli infecțioase afectarea cardiacă este aproape constantă, în altele ea apare rar sau excepțional.

Din punct de vedere clinic, aceste afecțiuni se caracterizează prin cardiomegalie (mărirea de volum a inimii), tulburări de ritm și de conducere, insuficiență cardiacă.

Incidența diverselor tipuri de complicații cardiace care apar în cursul bolilor febrile sau infecțioase este greu de apreciat, dar se consideră că ele sînt destul de frecvente, putînd să apară la orice vîrstă. Unele dintre complicațiile cardiace ale acestor afecțiuni pot să treacă neobservate, fiind puse în evidență numai cu ocazia unor examene electrocardiografice sau la necropsie.

Diagnosticul de cardită infecțioasă se bazează pe simptomatologia caracteristică bolii infecțioase care a determinat complicația cardiacă (febră, frison, catar respirator superior, semne cutanate și mucoase, pulmonare, hepatice, splenice etc.), precum și pe manifestările clinice cardiovasculare și pe modificările de laborator.

Astfel, **difteria** poate determina complicații cardiace, în special miocardice, întîlnite mai ales în epidemii cu evoluție severă. Tulburările circulatorii observate în cursul acestei boli se datoresc exotoxinei bacilului difteric și nu germenului însuși, care lezează în special miocardul. Manifestările clinice ale miocarditei difterice pot apărea în primele zile de boală și se exprimă, cel mai adesea, sub forma unei insuficiențe circulatorii acute, constituind un indiciu de mare gravitate, semnificativ pentru o stare de intoxicație profundă. Alteori, tulburările cardiace pot să apară ceva mai tîrziu, spre sfîrșitul primei săptămîni, în cursul celei de a doua sau chiar după 4—7 săptămîni de la debutul bolii. Semnul cel mai caracteristic al acestei afecțiuni cardiace constă într-o rărire a ritmului cardiac (bradicardie), care, uneori, poate să ajungă la o frecvență de 40 de bătăi pe minut. Sînt cazuri cînd leziunile întinse ale miocardului pot determina o stare de șoc. Tahicardia cu puls mic, filiform, scăderea marcată a tensiunii arteriale, cianoza (colorația albăstruie a pielii și a mucoaselor) etc. constituie expresia leziunilor întinse ale miocardului, produse de exotoxina bacilului difteric. Miocardita acută constituie una dintre complicațiile cele mai grave, fiind responsabilă de majoritatea deceselor care intervin în evoluția bolii.

Leziuni cardiace, în special miocardice, de obicei nespecifice și discrete, pot fi determinate și de bacilul tific, în infecția din **febra tifoidă**. Miocardita tifică apare deseori în a 3-a — a 4-a săptămînă, iar simptomele revelatoare devin mai evidente

în convalescență. Pentru diagnosticul de miocardită pledează prezența unei tahicardii, asociată cu cardiomegalie, precum și tulburările de ritm întîlnite în perioada de convalescență a febrei tifoide. Aceste tulburări de ritm cardiac, evidențiate clinic și electrocardiografic, dispar în timp, fapt care atestă vindecarea miocarditei.

Ca și alte infecții provocate de stafilococul hemolitic, **scarlatina** poate declanșa apariția unui puseu de reumatism articular acut. Totodată, în cursul evoluției bolii, se întîlnește uneori așa-zisa „cardită benignă" din scarlatină. S-a adoptat acest termen, deoarece anomaliile clinice, electrocardiografice și anatomopatologice nu au un caracter specific, ca cele din cardita reumatismală, fiind similare cu cele observate și în evoluția altor boli infecțioase. „Cardita" în scarlatină apare adesea la sfîrșitul primei săptămîni de boală sau în timpul convalescenței, avînd o evoluție favorabilă, fără sechele cardiace.

Și în **tifosul exantematic** s-a semnalat, destul de frecvent, o miocardită, care poate debuta fie la începutul bolii de fond, cînd comportă un prognostic sever, fie în cursul acesteia. Afectarea miocardului se manifestă clinic prin tahicardie accentuată și diverse tulburări de ritm. Anomaliile electrocardiografice, care apar adesea în evoluția bolii, dispar odată cu vindecarea tifosului.

De asemenea, în **bruceloză** — boală provocată de microorganisme din familia **Brucellaceae** — putem întîlni manifestări cardiace, care se pot situa pe prim plan clinic. Boala poate interesa deopotrivă endocardul, miocardul sau pericardul. Determinarea cardiacă se depistează cu ajutorul electrocardiogramei, care evidențiază diverse tulburări de ritm cardiac, ce durează pe toată perioada bolii. În evoluția bolii pot apărea și complicații grave (pericardite acute, endocardite infecțioase etc.), destul de rezistente la terapie.

Complicații cardiace mai pot fi observate și în **infecțiile meningococice**, responsabile de apariția meningitei cerebrospinale. Meningococul poate determina afectarea solitară a unuia din straturile inimii sau toate cele trei straturi deodată, cu sau fără infecția meningeală concomitentă. Mai frecvent sînt semnalate endocarditele infecțioase, cu evoluție acută sau subacută și pericarditele serofibrinoase și purulente. Miocardita se întîlnește mai rar, dar are o evoluție mai severă, datorită abceselor microscopice sau macroscopice care distrug fibrele musculare miocardice.

Și **pneumonia,** afecțiune pulmonară cu evoluție febrilă, poate leza oricare din componentele inimii. Pneumococul — agentul etiologic al pneumoniei și al unor procese supurative ale arborelui respirator — poate determina, în formele hipertonice, leziuni cardiocirculatorii severe, ce pot îmbrăca aspectul clinic al insuficienței cardiace sau al insuficienței circulatorii acute. Insuficiența cardiacă este întîlnită mai rar și apare mai frecvent la vîrstnici și la bolnavii cu leziuni cardiace preexistente (valvulopatii, miocardopatii, coronaropatii etc.).

Inima mai poate fi interesată și în **infecția tuberculoasă.** Cel mai frecvent, bacilul tuberculos determină o pericardită cu revărsat lichidian, cu caracter serofibrinos și mai rar hemoragic sau purulent. Miocardul și endocardul sînt mai rar afectate de infecția bacilară, leziunile acestor două componente cardiace fiind aproape totdeauna asimptomatice.

Responsabile de unele cardite sînt și **infecțiile virale.** Aproape toate virusurile pot produce miocardite acute, însă enterovirusurile și, în special, virusul Coxsackie prezintă un tropism electiv pentru inimă. Manifestările cardiace pot apărea fie în perioada de evoluție a infecției virale, fie în convalescență. Tabloul clinic poate fi destul de polimorf, mergînd de la absența oricărui simptom, la anomalii electrocardiografice, insuficiență cardiacă acută, scăderea tensiunii arteriale și moarte subită. Deseori după vindecarea aparentă a bolii, carditele virale pot avea un potențial evolutiv, prezentîndu-se ulterior ca o miocardopatie idiopatică sau pericardită constrictivă.

Uneori, **infecția gripală** se poate complica cu miocardita gripală, în unele cazuri îmbrăcînd forme grave, în funcție de tipul epidemic. Sînt prezente dilatații importante ale inimii, cu tulburări de ritm, cianoză, hipotensiune arterială, dispnee, ce pot evolua către un deznodămînt fatal. Cel mai adesea fenomenele sînt ușoare și retrocedează în timp.

S-au mai consemnat leziuni discrete de miocardită și în parotidita epidemică, mononucleoza infecțioasă și hepatita epidemică, fără consecințe demne de reținut.

Așadar, din cele relatate se poate conchide că există o serie de boli infecțioase și febrile care pot provoca complicații cardiace, trecînd uneori neobservate sau, dimpotrivă, avînd o evoluție din cele mai severe.

s-a întîmplat într-un spital

Bolnavul ațipise. În jurul său, vicleni,
veniră cei ce s-au grăbit să-l sape :
bacteriile (cocii), microbii patogeni
și virușii trădați de microscoape...

Era o hărmălaie neprinsă de auz...
Ba chiar trecu și medicul de gardă,
dar părăsi salonul pe vîrfuri, după uz,
căci nu zări misterioasa hoardă.

Un monstru invizibil țipă către confrați :
— Eu i-am atins plămînii — afumații,
că prea sugea cu sete din „Carpați"
în loc să urce, printre brazi, Carpații.

— Ehei, rosti o voce fără chip,
de nu trăgea din „Tomis"-ul cu stele
și s-ar fi dus la Tomis, la soare și nisip,
n-aș fi găsit terenul propice muncii mele !

— Ba nu, sări un altul, debil ca un șiret,
onoarea asta, fraților, nu-mi scapă.
Eu l-am adus pe targă-n cabinet,
că prea ultase de săpun și apă.

Era o hărmălaie cum nu s-a mai aflat...
Prin somn, bolnavul transpira ca dușul.
Rîdeau în jurul jalnicului pat
vrăjmașii lui, simțindu-i lunecușul.

Dar amuțiră-n sine către zi
(oricît de mult ar fi dorit să-nvingă)
și se topiră îngroziți de-aci
cînd apăru o buclă... un zîmbet... o seringă...

ANDREI CIURUNGA

— TOVARĂȘE DOCTOR, VĂ ROG ! DOAR 3 ZILE DE CONCEDIU !...

— DACĂ TE-AI DUCE LA PESCUIT DA, DAR LA VÎNĂTOARE... ȘTII, VÎNATUL NU-MI ESTE INDICAT...

— CUM DE-AI RĂCIT „NUMAI" LA URECHEA ASTA ?!...

— VENEA UN AER FOARTE RECE PE... GAURA CHEII...

IN ACTUALITATE

infecții virale persistente determinate de virusuri lente

Conf. dr. MIRCEA ANGELESCU

Spitalul clinic de boli infecțioase „Colentina"

Persistența virusurilor în organism și existența unor infecții virale cu evoluție ascunsă, cronică sau latentă, au fost sugerate cu mult timp în urmă de către marele Pasteur, întemeietorul microbiologiei moderne.

În ultimii 15 ani problema o fost reluată de numeroși cercetători din întreaga lume, astfel încît s-au acumulat multiple date, teoretice și practice, care au adus importante clarificări în domeniul infecțiilor virale „persistente".

În prezent, se știe că foarte multe virusuri pot supraviețui „mascate" timp îndelungat atît la om, cît și la unele animale. Uneori, virusul determină inițial o boală infecțioasă acută, cu simptomatologie clinică evidentă, după care, ca urmare a persistenței virusului în organism, boala trece în stadiul cronic. Astfel se comportă virusul hepatitic B (cunoscut sub numele de antigen Australia), care determină ***hepatita acută virală de tip B.*** O proporție de 10—15% dintre bolnavii cu acest tip de hepatită rămîn purtători de virus toată viața, boala evoluînd, de cele mai multe ori, către hepatită cronică sau ciroză hepatică.

Există însă unele virusuri care pătrund în organism, determinînd o infecție inaparentă, fără simptome clinice, și care poate să treacă neobservată atît de către pacient, cît și de către medici. Virusul rămîne timp îndelungat în organism, realizînd infecții latente, în cursul cărora pot surveni, din cînd în cînd, episoade acute de boală, cu semne clinice evidente. Astfel se comportă infecția herpetică, în care virusul ***Herpes simplex*** rămîne în stare de latență în organism, putînd determina ocazional ***herpes recidivant benign***, dar și ***encefalită herpetică gravă***, de obicei mortală la sugari. Din fericire, această encefalită este foarte rară.

Un interes deosebit a stîrnit în ultimii 10 ani descoperirea „virusurilor lente" ***(slow-virus)***, cu persistență îndelungată în organismul uman sau al unor animale. Aceste virusuri produc o serie de îmbolnăviri grave, în special ale sistemului nervos central, unde, dealtfel, a putut fi identificat.

Astfel de virusuri lente s-au dovedit a fi agenții patogeni care determină „encefalopatiile spongiforme", cum sînt: ***boala Scarpie***, la oaie și la om, ***boala Kuru***, observată numai în Noua Guinee și ***boala Creutzfeld-Jakob***, întîlnită foarte rar, pe tot globul. Aceste boli au o incubație foarte lungă, cuprinsă probabil între 5 și 25 de ani, se manifestă clinic prin demență precoce progresivă și multiple tulburări neurologice, evoluînd mortal în cîteva luni. Aceste encefalite sînt de tip degenerativ, adică în țesutul nervos se produc distrugeri multiple de neuroni. Pînă în prezent nu se cunoaște un tratament eficace al acestor infecții latente virale foarte grave.

Tot un virus lent s-a dovedit și virusul rujeolic, care este implicat în *panencefalita sclerozantă subacută*, infecție latentă foarte rară, dar extrem de gravă, întîlnită la copiii mici și manifestată prin paralizii generalizate, comă și moarte.

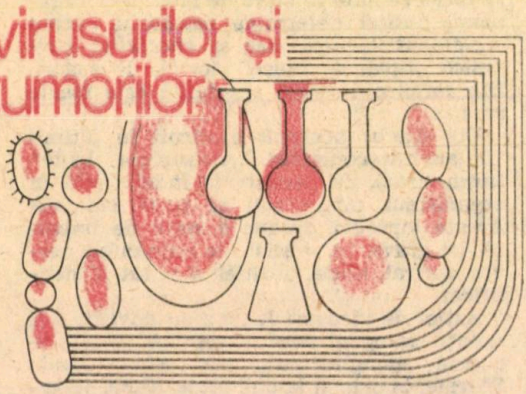
Recent, s-au descris infecții umane cu virus Papova, care produc o boală rară, dar fatală : *leucoencefalopatia multifocală progresivă*, întîlnită mai ales la persoane slăbite sau la bolnavii de cancer. O evoluție similară prezintă și *panencefalita progresivă*, constatată la copiii născuți cu rubeolă congenitală.

În producerea encefalitelor grave date de virusurile lente menționate intervine atît virusul, care se localizează în creier, cît și răspunsul imunologic al persoanelor respective.

Un interes deosebit îl prezintă rolul infecțiilor virale cronice în geneza tumorilor ; astăzi, este bine stabilit rolul oncogen al unor virusuri umane sau animale. Un exemplu îl reprezintă hepatomul (cancerul hepatic), asociat, de regulă, cu virusul hepatitic B, prezent în organism.

Așadar, infecțiile virale persistente cu virusuri lente, deși rare, determină unele afecțiuni, în special encefalite foarte grave, de obicei letale. Cercetătorii speră ca, în viitorul apropiat, prin izolarea și cultivarea virusurilor lente, să prepare vaccinuri eficace, care să prevină majoritatea bolilor virale cronice sau a infecțiilor latente.

INTERFERONUL
O armă naturală împotriva virusurilor și tumorilor



Incidența mereu mai crescută a bolilor produse de virusuri și tumori, precum și rezultatele puțin satisfăcătoare ale metodelor de tratament, au făcut legitimă aprofundarea modului în care organismul se împotrivește acestor agresiuni. Se observase mai de mult că evoluția simultană a două infecții virotice este mai blîndă decît a uneia singure, ca și cum cele două virusuri s-ar atenua reciproc. Întrucît maimuțele care sufereau deja de o viroză regională deveneau rezistente la infectarea cu virusul febrei galbene, s-a emis inițial ipoteza unui proces de interferare între cele două virusuri. Experimentînd cu virusurile gripale, A. Isaacs și J. Lindemann au reușit să elucideze fenomenul în anul 1957. Ei au expus mai întîi o serie de culturi cu fragmente de membrane embrionare unui virus gripal inactivat. Cu un filtrat din acestea, lipsit deci de virus, au tratat un al doilea set de membrane. Cînd acestea, la rîndul lor, au fost expuse unui virus gripal activ și virulent, ele s-au dovedit rezistente în fața agresiunii virale, lăsînd să se presupună că prin filtrat au primit de la prima cultură un factor antiviral. Ulterior, s-a constatat că, într-adevăr, celulele au secretat la prima întîlnire cu virusul un factor de apărare de natură proteică, apt de a opri multiplicarea unui al doilea virus, de a-l interfera, de unde și denumirea ce i s-a dat de *interferon*.

S-a constatat apoi că substanța descoperită nu are nici o înrudire chimică cu anticorpii pe care organismul, în scopul de a anihila antigenele (substanțe de origine microbiană sau virală), îi elaborează destul de lent, în timp ce riposta interferonului este imediată. Structura sa îl clasează în grupul hormonilor celulari, alături, de exemplu, de factorul creșterii celulelor epiteliale și de eritropoietina, cu însușiri hematogene. Îl secretă o largă varietate de celule : epiteliale, limfoide, reticulare, dar mai ales fibroblaștii din țesutul conjunctiv și leucocitele din sînge.

Prima sa proprietate descoperită a fost, așadar, cea antivirală. Ea se exercită direct la suprafața celulelor infectate de virusuri,

unde induce producerea unei enzime capabilă să întrerupă sinteza lanțurilor peptidice ale multiplicărilor virale. A fost denumit *interferon I*, deoarece ulterior s-a descoperit că mai există un al doilea tip de *interferon II*, cu o structură chimică apropiată, elaborat de limfocite în cursul reacțiilor imunitare de apărare ale organismului. Importanța acestuia depășește pe aceea a interferonului I.

Organismul, care are rolul să apere ceea ce îi este propriu, să recunoască și să respingă ceea ce îi este străin, funcționează într-o perfectă dualitate : pe de o parte imunitatea umorală, exercitată de limfocitele B (de la *bone-marrow* : măduvă osoasă), care elaborează anticorpii, iar pe de altă parte imunitatea celulară, opera limfocitelor T, timodependente. Sub influența hormonului timic, acestea au căpătat o imunocompetență specială față de : virusuri, celule tumorale, unii microbi specifici ca bacilul Koch și fungi (ciuperci). Comparînd cu un cîmp de luptă, anticorpii ar reprezenta proiectilele artileriei lansate la distanță, iar limfocitele T ar reprezenta soldații care luptă corp la corp.

Secreția de interferon leucocitar crește nu numai în cazul pătrunderii virusurilor, dar și în prezența celulelor tumorale, împotriva cărora acest hormon celular desfășoară o aprigă luptă. El este, așadar, o armă importantă atît pentru nimicirea virusurilor și a celulelor pe seama cărora se înmulțește, cît și pentru distrugerea, prin citoliză, a acelor celule care, din cauza unor defecțiuni enzimatice, au devenit anormale și au scăpat de sub controlul organismului, înmulțindu-se anarhic, așa cum sînt celulele tumorale. Este posibil ca astfel de atipii celulare să apară zilnic în cursul nenumăratelor refaceri și multiplicări celulare din organism, dar intervenția promptă a sistemului de supraveghere imunitară, în cadrul căruia lucrează și interferonul, elimină aberațiile și le împiedică înmulțirea mai departe.

Un rol fundamental în înlăturarea anomaliilor celulare și, în special, a celor tumorale revine unui tip de limfocite care, deși înrudite, nu aparțin nici celor T, nici celor B. Întrucît le revine misiunea de a distruge elementele nocive organismului, au fost denumite *celule ucigașe*. Activitatea lor este stimulată și modulată de interferonul II. Cercetări anterioare au semnalat blocajul apărării antitumorale la suferinzii de neoplasme, deși elementele celulare care au această menire existau ca atare. S-a emis ipoteza că această ineficiență de apărare s-ar datora secretării, de către celulele neoplazice, a unui factor antileucocitar. Într-adevăr, într-un mediu de cultură cu celule tumorale, limfocitele sînt inoperante, dar ele își recapătă capacitatea „ucigașă" îndată ce mediului i se adaugă o soluție de interferon. Acesta activează și macrofagele, celule cărora le revine misiunea de a descoperi anomaliile celulare și apoi de a declanșa un lanț de reacții, care să le inactiveze, iar în final să le distrugă.

Mai multe cercetări au confirmat existența unei legături între prezența sau absența interferonului și existența bolilor virale și tumorale. În boli virotice, ca și într-o serie de afecțiuni cu alterări imunitare, cum este lupusul eritematos și scleroza multiplă, producerea în condiții de laborator a interferonului leucocitar este scăzută, iar acțiunea „ucigașă" este redusă sau absentă. Înțelegem astfel febrilitatea actuală de a găsi surse cît mai bogate de interferon.

Celor două posibilități actuale — leucocitele din sîngele recoltat pentru transfuzii și culturile de fibroblaști — cu ajutorul cărora se pot prepara cantități industriale de interferon, li se adaugă și alte culturi de țesuturi, cum ar fi prepuțul provenit din circumcizii.

O problemă pe cale de rezolvare o reprezintă însă purificarea acestuia, deoarece materialele cultivate conțin uneori și genomul latent al unor virusuri transmisibile. Încercările clinice sînt promițătoare. Primii beneficiari sînt purtătorii grefelor renale și bolnavii tumorali, aflați sub citostatice, predispuși unor infecții virale cu evoluție severă (zona zoster, herpes, varicelă, citomegalie).

Interferonul mai acționează asupra infecțiilor virotice exotice, asupra rabiei (turbării) și asupra hepatitei cu virus B, în care, alături de adeninarabinozidă, scade eliminarea antigenului de suprafață Australia, semn de ameliorare a bolii. Interferonul prelungește supraviețuirea într-o serie de afecțiuni maligne ca osteosarcomul, cancerul hepatic cu antigen Australia prezent (formă frecventă în țările africane), ameliorează evident papilomul laringian juvenil și mielomul multiplu. Este încercat, cu rezultate variabile, în cancerul gastric, în cel pulmonar și de sîn, în melanom și leucemia mieloidă acută, dar cantitățile încă mici nu permit concluzii definitive. Paralel cu căutarea unor noi metode de preparare, se mai folosesc o serie de substanțe, care stimulează producția sa internă, cum ar fi acidul poliriboinosonic. De asemenea, se consideră că stimulează forțele de apărare a organismului, prin creșterea producției interne de macrofage, celule ucigașe și interferon, și prin medicația imunostimulentă actuală, cum ar fi produsele de origine microbiană ale Institutului Cantacuzino : vaccinul BCG, Bronhodinul și Coryne parvum.

Dr. Gh. Stoicescu

interviu cu prof. dr. Gh. Băcanu

despre

Alimentație rațională, sănătate îndelungată

Prof. dr. Gh. Băcanu a desfășurat de-a lungul anilor o activitate complexă în învățământul medical, în domeniul cercetării științifice și pe tărîm social-obștesc. Parcurgînd întreaga ierarhie didactică și medicală, în prezent este profesor la Clinica de nutriție și boli metabolice a Institutului de medicină din Timișoara, rector al aceluiași institut și organizatorul Centrului de nutriție și boli metabolice.

Personalitate marcantă a școlii medicale românești, prof. dr. Gh. Băcanu este numit membru al unor societăți medicale din țară și străinătate. A publicat peste 120 de lucrări și a semnat cîteva monografii, în calitate de autor și coautor. De asemenea, a participat la numeroase manifestări științifice, congrese și simpozioane de specialitate în mai multe centre medicale de peste hotare.

— Nu vom aborda principiile de bază ale alimentației raționale și dietetice, cum dealtfel începe totdeauna un dialog cu un specialist în boli de nutriție și metabolism, ci vom căuta că descifrăm ideea de alimentare a organismului în mod științific, parafrazînd o veche zicală din bătrîni, care spune că : „mîncăm pentru a trăi și nu trăim ca să mîncăm". Care este părerea prof. dr. Gh. Băcanu în legătură cu această problemă ?

— Alimentația este o componentă obligatorie a existenței noastre de fiecare zi, fiindcă dacă nu ne-am alimenta n-am putea trăi. De-a lungul mileniilor de existență a ființei umane, ea a îmbrăcat aspecte diferite și a constituit de multe ori cauza unor conflicte între indivizi și chiar între popoare. Din păcate și în prezent pe suprafața planetei noastre, sute de milioane de semeni ai noștri suferă de foame și este de

necrezut cum milioane de copii mor anual din cauza subnutriției. Și toate acestea nu pentru că pe Terra nu sînt suficiente alimente sau că nu ar fi posibil să se obțină mai multe, ci pentru că există o inegalitate socială, pe care o sperăm lichidată într-un viitor nu prea îndepărtat. La noi, alimentația constituie un factor pozitiv al mediului extern, aducînd un aport suficient cantitativ și calitativ, pentru a putea vorbi de o calitate superioară a vieții.

Datorită unui complex de factori ca : modul de preparare, modul de servire, ambianța în care se desfășoară, alimentația constituie un moment psihologic favorabil, producînd o adevărată plăcere. Cel mai adesea, din lipsă de cunoștințe științifice, se crede că atunci mîncăm bine, cînd mîncăm mult, cînd sentimentul de sațietate este în mod exagerat realizat și cînd meniurile sînt cît mai „picante". Este însă de datoria noastră să lămurim cu argumente științifice că o alimentație rațională contribuie în mod important la păstrarea sănătății noastre, că trebuie deci să mîncăm atît cît ne este necesar, că modul de pregătire nu trebuie să fie nociv, că alimentația constituie, fără îndoială, o plăcere, dar aceasta nu este singura plăcere și nu este singura bucurie a vieții noastre. De aceea, consider că ar fi mai corect să spunem : „mîncăm ca să trăim și nu trăim numai ca să mîncăm" !

— Mulți oameni sînt tentați să creadă că numai supraalimentația constituie cauza multor îmbolnăviri și că excesul în alimente „tolerabile", adică sărace în grăsimi și hidrocarbonate, nu ar aduce nici un prejudiciu. Alții, dimpotrivă, sub „masca" neasimilării complete a factorilor alimentari de către tubul digestiv, lucru demonstrat și de „greutatea ideală" pe care o prezintă, socotesc că sînt, de asemenea, lipsiți de riscuri. Care este de fapt adevărul ?

— Este adevărat că, în primul rînd, se acționează împotriva supraalimentației, de departe cauza cea mai importantă a obezității, această boală dealtfel gravă, mai ales atunci cînd nu este tratată la timp. Numai că, din păcate, foarte mulți obezi se tratează după metode cel puțin bizare, de multe ori chiar periculoase, și pe care le-au auzit de la persoane necompetente. Dar ce este mult mai grav, asemenea „regimuri" apar uneori și în unele reviste de mare tiraj.

Este demn de subliniat faptul că a început să se formeze o opinie de masă, mai ales în rîndul tineretului și, în special, în rîndul fetelor, pentru menținerea unei greutăți ideale. Am observat adesea că aceste persoane se subalimentează din punct de vedere caloric și în plus se semnalează și o carență din punct de vedere al principiilor alimentare. Bineînțeles, în acest fel rezistența organismului lor este diminuată, pot apărea o serie de boli (anemii, hipovitaminoze, ptoze viscerale etc.), iar capacitatea de muncă fizică și psihică a acestora este scăzută. Soluția este una singură : să ne alimentăm după norme științifice, la recomandarea medicului de medicină internă sau specialistului în nutriție și boli metabolice.

— Așa după cum ați putut observa din experiența pe care o aveți în acest domeniu și după cum ați menționat în literatura de specialitate — unde, de asemenea, v-ați adus o importantă contribuție — multe din bolile cronice și degenerative au la origine atît o serie de perturbări în metabolismul grăsimilor și glucidelor, cît și unele deficiențe în comportamentul igieno-alimentar, dobîndite pe parcurs sau moștenite din familie. V-am ruga să reluați această idee și s-o explicați mai detaliat.

— O alimentație necorespunzătoare antrenează boli a căror manifestare are loc după ani de zile. Referitor la modalitatea de instalare a obezității, este necesar să precizez că dacă veți consuma numai cu 100 de calorii pe zi mai mult (echivalentul unei sticle de pepsi) decît cheltuiește organismul, veți crește în greutate 10 g pe zi, respectiv 300 g pe lună, 3,600 kg pe an și 36 kg în 10 ani, și în loc de 70 kg la înălțimea de 170 cm, veți avea 106 kg. Din păcate, persoanele cu tendință la obezitate se prezintă la medic într-o fază avansată, adică atunci cînd au ajuns la 90, 100, 120 kg. În plus, toți obezii ar dori ca într-o lună să slăbească atît cît au crescut în zece ani, ceea ce practic nu este posibil și recomandabil din punct de vedere științific. Bineînțeles că în urma unui tratament corect se poate ajunge la o greutate mulțumitoare în 6—12 luni, cu recomandarea de a se efectua controlul greutății corporale lunar.

Lupta împotriva obezității trebuie începută încă din prima copilărie. Cel mai frecvent, abuzul constă din consumarea în exces a făinoaselor, a pîinii, a dulciurilor,

a grăsimilor. Totodată se consumă şi mai multă sare de bucătărie decît este necesar. Din această cauză, pe nesimţite se instalează obezitatea şi perturbări metabolice, cum sînt : diabetul zaharat, hiperlipoproteinemiile (creşterea unor fracţiuni ale grăsimilor din sînge), ateroscleroza cu toate consecinţele sale (degradarea intelectuală, infarctul de miocard, paraliziile etc.), care scad calitatea vieţii, putînd deveni o adevărată povară pentru familie. Adesea auzim spunîndu-se că se respectă sistemul de alimentaţie din familie, dar acesta nu poate fi un argument. Noi păstrăm tot ceea ce este bun din tradiţia noastră, inclusiv din vestita bucătărie românească şi o îmbunătăţim cu cuceririle ştiinţifice, renunţînd la ceea ce este dăunător. Orice abuz este dăunător, inclusiv abuzul de carne, de ouă, de cafea, de alcool, iar fumatul este dăunător oricum şi în orice cantitate !

— *Se ştie că exemplul personal constituie o premisă esenţială în alcătuirea unui cadru propice oricărei acţiuni de educaţie sanitară şi, în acelaşi timp, un etalon în educaţia educatorilor. În acest sens, am dori să ştim cum vă pregătiţi studenţii în vasta problematică a alimentaţiei raţionale şi dietetice, a prevenirii bolilor de nutriţie şi metabolism, astfel încît aceştia să poată transmite mai departe tot ceea ce pledaţi dvs. pentru viaţa raţională, ca scut al sănătăţii ?*

— În ceea ce priveşte problema sănătăţii noastre a fiecăruia, respectiv a poporului nostru, se insistă, pe bună dreptate, asupra acelor activităţi care urmăresc *menţinerea stării de sănătate*. În această acţiune trebuie să-şi aducă contribuţia şi personalul sanitar. Întrucît la noi sănătatea este o problemă de stat, toate organele de stat contribuie la asigurarea condiţiilor de viaţă şi de muncă necesare menţinerii sănătăţii, la care se adaugă şi un aspect de cea mai mare importanţă — păstrarea unui mediu fizic extern nepoluat.

Spuneam că personalul sanitar îşi aduce, în general, o importantă contribuţie la creşterea nivelului de cunoştinţe sanitare al populaţiei în domeniul alimentaţiei raţionale şi al celei dietetice. Consider că medicul de medicină generală, în primul rînd, trebuie să posede temeinice cunoştinţe şi în acest domeniu. Dealtfel, alimentaţia raţională şi dietetică este o probă specială, pe care trebuie să o susţină toţi studenţii anului IV, deoarece fără aceste cunoştinţe nu vom putea obţine ceea ce ne-am propus în această direcţie.

În învăţămîntul medical, aceste probleme îşi vor cîştiga în etapa următoare locul pe care-l merită, pentru că numai aşa va fi posibil să contribuim la susţinerea „programului privind alimentaţia raţională a populaţiei".

— *Foarte mulţi din cei „subjugaţi alimentaţiei", etichetaţi şi sub titlul de „gurmanzi", se plîng de faptul că excesul ponderal se datoreşte „poftei de mîncare" şi lipsei de saturaţie, că ar urma o anume „dietă", cu condiţia ca aceasta să fie tolerabilă şi să creeze senzaţia de plenitudine. De fapt, aceştia ar dori să cunoască produsele mai sărace în calorii şi echivalenţele acestora, în aşa fel încît să-şi asigure o hrană cît mai variată.*

— Este adevărat că unele persoane prezintă o tulburare oarecare a centrilor de la nivelul hipotalamusului (o zonă din creier), care reglează foamea şi saţietatea. Acestora li se pot prescrie regimuri alimentare variate, plăcute, care să le satisfacă saţietatea şi, în acelaşi timp, să li se asigure o greutate ideală sau să scadă în greutate atunci cînd este nevoie. Regimurile aşa-zise de zero calorii s-au dovedit periculoase şi orice specialist le contraindică. Fiecare din noi trebuie să ştie ce alimente poate consuma, în ce cantitate, cum să fie preparate, în aşa fel încît să consumăm atît cît ne este necesar. Să nu uităm niciodată importanţa legumelor şi fructelor, care ne aduc vitamine şi săruri minerale. Dar fructele consumate în exces pot şi ele îngrăşa, prin zahărul pe care îl conţin. Orice regim alimentar trebuie însă individualizat în funcţie de o serie de factori pe care numai medicul este în măsură să-i cunoască.

— *În încheiere, vă rugăm să aveţi amabilitatea de a prezenta cititorilor cîteva dintre cele mai importante reguli ale comportamentului igieno-alimentar.*

— În ordinea cronologică, acestea ar fi următoarele :

• Nu uitați că fiecare din noi sîntem responsabili de propria sănătate, pe care o vom avea după cum știm să o îngrijim. Să apelăm în mod profilactic la ajutorul medicului.

• Cine nu are timp să-și îngrijească sănătatea va pierde mai tîrziu mult mai mult timp ca să-și trateze boala.

• Făceți din modul dvs. de alimentație un factor care să contribuie la menținerea sănătății.

• Consumați numai cantitatea de alimente necesară bunei desfășurări a activității, mîncați la ore relativ fixe, mestecați bine alimentele. Meniurile întocmite trebuie să fie variate, plăcute și pregătite într-un mod care să nu dăuneze.

• Cîntăriți-vă cel puțin o dată pe lună și de la primele semne ale apariției obezității prezentați-vă la medic.

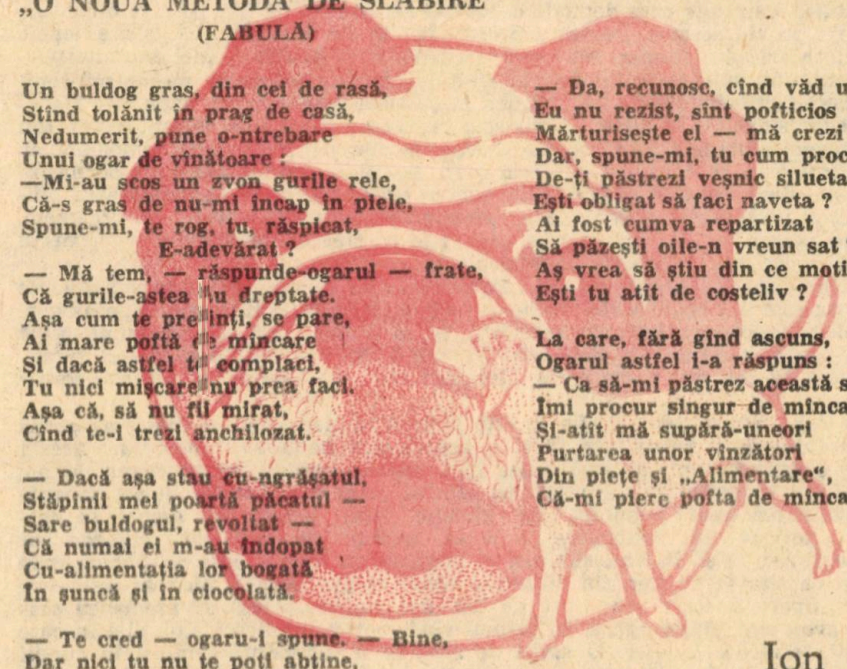
Realizator: dr. GEORGE M. GHEORGHE

BULDOGUL și CÎINELE de vînătoare

sau

„O NOUĂ METODĂ DE SLĂBIRE"

(FABULĂ)



Un buldog gras, din cei de rasă,
Stînd tolănit în prag de casă,
Nedumerit, pune o-ntrebare
Unui ogar de vînătoare :
—Mi-au scos un zvon gurile rele,
Că-s gras de nu-mi încap în piele,
Spune-mi, te rog, tu, răspicat,
E-adevărat ?
— Mă tem, — răspunde-ogarul — frate,
Că gurile-astea au dreptate.
Așa cum te prezinți, se pare,
Ai mare poftă de mîncare
Și dacă astfel te complaci,
Tu nici mișcare nu prea faci.
Așa că, să nu fii mirat,
Cînd te-i trezi anchilozat.

— Dacă așa stau cu-ngrășatul,
Stăpînii mei poartă păcatul —
Sare buldogul, revoltat —
Că numai ei m-au îndopat
Cu-alimentația lor bogată
În șuncă și în ciocolată.

— Te cred — ogaru-i spune. — Bine,
Dar nici tu nu te poți abține,
Uitînd că hrana excesivă
E nocivă.

— Da, recunosc, cînd văd un os,
Eu nu rezist, sînt pofticios —
Mărturisește el — mă crezi ?
Dar, spune-mi, tu cum procedezi,
De-ți păstrezi veșnic silueta ?
Ești obligat să faci naveta ?
Ai fost cumva repartizat
Să păzești oile-n vreun sat ?
Aș vrea să știu din ce motiv
Ești tu atît de costeliv ?

La care, fără gînd ascuns,
Ogarul astfel i-a răspuns :
— Ca să-mi păstrez această stare,
Îmi procur singur de mîncare
Și-atît mă supără-uneori
Purtarea unor vînzători
Din piețe și „Alimentare",
Că-mi piere pofta de mîncare.

Ion Vulpescu

ANEMIA PRIN LIPSĂ DE FIER

Dr. G. M. GRIGORIU

Clinica de hematologie „Spitalul Fundeni"

Fierul este unul din elementele chimice necesare organismului în doze mici. El este prezent în toate țesuturile și celulele organismului uman, dar cantitatea cea mai mare de fier se află în globulele roșii, fiind un constituent esențial al moleculei de hemoglobină. Organismul unei persoane de 60—80 kg conține cam 3—4 g de fier, o cantitate mică, dar absolut necesară bunei funcționări a organismului. Scăderea acestei cantități de fier duce la deficiența de fier, o stare care, în general, nu se manifestă cu semne alarmante. Această reducere a cantității de fier din organism poate fi pasageră, dar dacă ea se prelungește sau se accentuează, apare suferința sistemului sanguin — cel care are nevoie de cea mai mare cantitate de fier — ducînd la anemie. Lipsa pregnantă de fier atrage după sine și o suferință a întregului organism, manifestată prin leziuni ale mucoaselor (plesnirea mucoasei bucale la colțurile gurii — zăbăluță —, usturimi la limbă și dureri ale faringelui și esofagului, produse în momentul înghițirii alimentelor), suferințe ale pielii (uscăciune, căderea părului), ale unghiilor (concave, striate, rupîndu-se cu ușurință) și ale sistemului nervos (oboseală, tulburări de memorie).

Cantitatea de fier necesară organismului este obținută din alimente, unde se găsește sub formă bi- sau trivalentă. Fierul bivalent se află îndeosebi în alimente de origine animală, cum ar fi : organele (ficat, splină, inimă, rinichi), carnea, ouăle, acesta resorbindu-se ușor în intestin. Fierul trivalent se găsește în legume în cantitate variabilă, cantitate care depinde de proporția diferită de fier pe care o conține solul din care provin acestea. Pentru a fi convertit în fier bivalent, acesta are nevoie de acidul clorhidric din stomac. Mucoasa intestinului, și anume a unei anumite porțiuni a intestinului subțire (a duodenului și a jejunului), deține un mecanism complex, prin care fierul bivalent este introdus în celulele mucoasei, de unde este transportat și cedat sîngelui. În sînge, fierul este captat de către eritroblaști, celule din care vor proveni globulele roșii, care au nevoie de fier pentru sinteza hemoglobinei. Aici, în eritroblaști, se consumă cea mai mare parte a fierului absorbit. Surplusul nu se irosește, deoarece este prea prețios pentru organism, și se depozitează în măduva osoasă, în vecinătatea eritroblaștilor. Acesta este fierul de rezervă din organism. Oricînd este nevoie pentru producerea unui număr crescut de globule roșii, fierul din măduva osoasă este transportat la eritroblaști.

Rolul pe care îl joacă fierul în organism este în funcție de compusul organic în care acesta este înglobat. Astfel, în hemoglobină, are rol de transportor de oxigen. Cînd globulele roșii și-au încheiat acest rol, adică atunci cînd au îmbătrînit, după 100—120 de zile, sînt reținute și degradate în splină. Produșii de degradare ai globulelor roșii sînt, în cea mai mare parte, eliminați din organism prin ficat, sub formă de bilă.

După cum am menționat, fierul este reținut și depozitat în măduva osoasă sau este îndreptat către eritroblaști, celulele generatoare de globule roșii. Dacă acesta s-ar pierde, organismul nu ar mai putea găsi resurse pentru reproducerea de noi globule roșii. Să încercăm să ne imaginăm efortul uriaș care are loc în permanență pentru menținerea unei populații de globule roșii active. În esență, se desfășoară un proces de distrugere a unui număr de 200 de miliarde de globule roșii într-o zi și, în același timp, se produce un număr egal de globule roșii tinere. Cînd cantitatea de fier din organism scade în așa măsură încît se epuizează și rezervele, apare anemia prin lipsă de fier (anemia feriprivă). O asemenea scădere poate avea mai multe cauze. În primul rînd, pot fi implicate situațiile în care există *cerințe crescute de fier*. O astfel de situație o reprezintă sarcina, în cursul căreia o cantitate de fier din organismul mamei este transferată fătului. La nivelul placentei, fierul matern este captat și trecut la făt. Afinitatea placentei față de fier

este mult superioară celei a eritroblaştilor din măduvă. Oricît de săracă în fier ar fi mama, fătul îşi primeşte cantitatea cuvenită. Dacă femeia gravidă prezintă deja o anemie, aceasta se agravează, îndeosebi în ultimele trei luni de sarcină, cînd are loc transferul masiv de fier către făt. Aşadar, copilul se naşte cu o cantitate suficientă de fier. Dificultăţile apar mai tîrziu, mai ales în cazul copiilor prematuri sau gemeni. Cantitatea de fier la naştere este proporţională cu greutatea corporală. Prematurii şi gemenii fiind mai mici, iar creşterea rapidă avînd loc după naştere, acest fapt face ca fierul absorbit din laptele matern să fie insuficient şi copilul sa devină anemic. Posibilitatea de a deveni anemic este mai redusă la copilul care a depăşit vîrsta de 1 an, deoarece necesarul de fier este acoperit la această vîrstă printr-o alimentaţie variată.

O altă cauză a anemiei este determinată de *absorbţia unei cantităţi insuficiente de fier*. Există alimente cu un conţinut mai bogat în fier şi altele mai sărace. Mult fier se găseşte în produsele de origine animală (carne, ficat), avînd şi o absorbţie foarte buna. Excepţie fac produsele lactate ; consumate ca aliment de bază sărăcesc organismul în fier. Vegetalele au şi ele un conţinut ridicat în fier, dar un fier greu absorbit în intestin. Totuşi, consumate în cantitate mare şi împreună cu suc de lămîie, ele reprezintă o sursă de a obţine fier.

În unele cazuri, cantitatea redusă de fier din organism se datoreşte defectelor intestinului, locul de absorbţie a fierului. Aşa se întîmplă în operaţiile pe stomac, pe intestin sau în boli intestinale.

Dar cauza cea mai frecventă a anemiei feriprive o constituie *pierderea de sînge*. Practic, sîngerarea este singura posibilitate de a pierde fier. La femei tinere şi fete, anemia feriprivă este larg răspîndită. Motivul principal este reprezentat de sîngerările menstruale. În cursul unei menstruaţii normale se pierd pînă la 80 ml de sînge, ceea ce înseamnă 40 mg de fier, totalizînd o jumătate de gram de fier pierdut într-un an. Această cantitate este recuperată prin absorbţia de fier din intestin. De aceea, femeile au nevoie de o cantitate dublă de fier în alimentaţie. Dacă, din diferite motive, durata menstruaţiei trece de 5 zile şi are un flux abundent, pierderile de sînge vor fi mai mari de 80—100 ml lunar. Cumulate în timp, aceste pierderi devin considerabile şi nu mai pot fi compensate de absorbţia intestinală. Cît timp se poate recurge la rezervele de fier din măduva osoasă, totul trece neobservat. Dar cînd aceste rezerve s-au epuizat, eritroblaştii nu mai primesc cantităţile necesare de fier şi sinteza de hemoglobină se reduce. Apare atunci anemia şi celelalte manifestări ale carenţei severe de fier.

Anemia feriprivă poate fi observată şi în urma pierderilor de fier prin hemoragii. Sîngerările cele mai frecvente au loc prin tubul digestiv. Astfel, după sîngerări hemoroidale cronice, cărora pacienţii le dau, în general, puţină atenţie, pot apărea anemii grave. Ulcerul sîngerînd, uneori în cantitate mică, neobservabilă, poate constitui, de asemenea, o cauză. De mare importanţă este investigarea cu atenţie a intestinului, deoarece un neoplasm de colon cu sîngerări mici, continui, poate avea ca unică manifestare anemia feriprivă. Această anemie poate fi socotită favorabilă bolnavului, deoarece ea duce la depistarea precoce a unei leziuni într-un stadiu în care operaţia este salvatoare. Hernia hiatală (pătrunderea unei porţiuni a stomacului în torace), varicele esofagiene, polipii gastrici sau intestinali, enterocolitele, consumul exagerat de aspirină, care poate produce sîngerări în stomac, parazitozele intestinale, mai ales la copii, care provoacă pierderi de sînge la nivelul intestinului, sînt tot atîtea cauze ale anemiei feriprive.

Anemia prin lipsă de fier se manifestă prin : paloare, observată în special la palme, la lobii urechilor, conjunctive, buze şi unghii, greutate în respiraţie, creşterea frecvenţei bătăilor inimii, scăderea tensiunii arteriale, dureri de cap, ameţeli, somnolenţă, scăderea randamentului fizic şi, în cazuri grave, tulburări neuropsihice.

Tratamentul anemiei feriprive este simplu şi constă, în afara unei alimentaţii bogate în săruri de fier, în administrarea unor preparate de fier, care s-au dovedit foarte eficace. Atragem atenţia însă că numai medicul este în măsură să hotărască oportunitatea tratamentului, să aleagă preparatul de fier cel mai potrivit cazului respectiv, să urmărească reacţia bolnavului la tratament, să stabilească durata tratamentului. De asemenea, medicul trebuie să depisteze cauza anemiei, deoarece anemia feriprivă este fie un simptom, fie o complicaţie a unei alte boli. Fără a descoperi cauza, de obicei o sîngerare, anemia va reveni. În acest caz, primejdia este şi mai mare, deoarece la adăpostul unei stări de bine dată de tratamentul cu fier, boala cauzatoare poate progresa. O menţiune specială trebuie făcută în legătură cu sînge-

rările genitale, la femei. O inflamație cronică a mucoasei uterului, un fibrom uterin, trebuie rezolvate fără întîrziere. De asemenea, tulburările menstruale de cauză hormonală trebuie tratate în serviciile de ginecologie sau endocrinologie, deoarece atîta timp cît pierderile de sînge depășesc normalul, administrarea de fier trebuie să fie continuă.

Tot medicul este în măsură să opineze și pentru administrarea profilactică de fier, deoarece în anumite situații organismul trebuie ajutat. Este cazul copiilor prematuri sau gemeni, al tuturor copiilor în perioadele de creștere rapidă, al fetelor cu tulburări menstruale, al gravidelor și mamelor care alăptează. Să nu uităm însă că și preparatele de fier, ca dealtfel orice medicament, pot fi dăunătoare, că ele nu se administrează decît în anemia prin lipsă de fier sau pentru prevenirea acesteia.

Nici chiar atîta poftă!

Te văd în capul mesei, zi de zi,
cum dai pe gît un blid de-aperitive :
brînzeturi, șuncă, ouă fierte — și
o țuică plină foc de perspective.

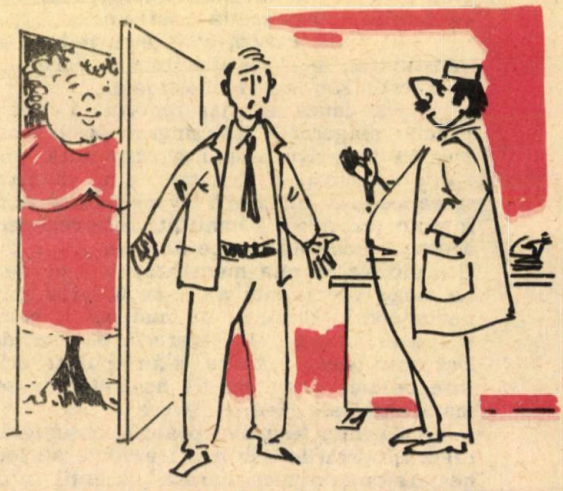
Sosește ciorba... Din castronul plin,
abia te-nduri să lași o jumătate.
Fripturile dispar ca din senin,
Cotnarul curge-n valuri înspumate.

La urmă tort, niște țigări, cafea,
coniac cinci stele... Apoi cazi grămadă
în dormitor, alături, pe-o sofa,
și-ncepi să gîfîi de se-aude-n stradă.

Îngrijorat, aș vrea să te previn,
dar văd că sforăi zgomotos, cît șapte,
și-n vis deșerți o butie de vin
și mai înghiți un purceluș de lapte...

Din cît mănînci, de-ai vrea să te rezumi,
c-un singur sfert ai vieții mai bine,
căci restul de trei sferturi îl consumi
ca să trăiască medicii prin tine...

Andrei Ciurunga



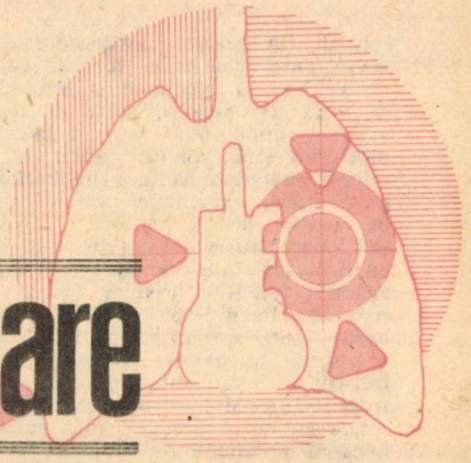
— ȘI SOȚIA DUMITALE DE CE NU INTRĂ ÎN CABINET ?

— NU POATE, DOCTORE ! ȘTIȚI, DE CÎND I-AȚI DAT PICĂTURILE ACELEA PENTRU POFTĂ DE MÎNCARE !...

— EI, MĂ VEZI BINE ACUM ?

— DA, DOCTORE ! DAR FĂRĂ EI ERAȚI MAI FRUMOS !...

concepții noi în supurațiile bronhopulmonare



Dintre bolile care afectează aparatul respirator, supurațiile bronhopulmonare continuă să ocupe un loc important. Pe drept cuvînt, unii cercetători au afirmat că „plămînul este organul în care manifestările patologice sînt dintre cele mai variate, lista bolilor infecțioase este lungă și puține capitole din patologia umană au cunoscut atîtea vicisitudini ca acela al supurațiilor bronhopulmonare". Dar pe măsura scăderii îmbolnăvirilor de tuberculoză a crescut interesul pentru unele boli ca : bronșita cronică, astmul bronșic, cancerul bronhopulmonar, supurațiile bronșice și pulmonare și, în special, pentru infecții determinate de specii microbiene variate și care se manifestă prin producerea și eliminarea de secreții purulente, în general abundente. Aceste infecții, a căror frecvență, gravitate și modalități de evoluție s-au modificat considerabil în epoca antibioterapiei, se pot localiza în țesutul pulmonar, constituind *supurațiile parenchimatoase (pulmonare)* sau pot interesa căile aeriene inferioare, de unde și denumirea de *supurații bronșice*. Cînd instalarea infecției se face pe un teritoriu indemn, fără vreo suferință anterioară, cum este cazul abcesului pulmonar sau pneumopatiei acute abcedate, mai frecvente în plămînul drept, supurațiile se numesc de tip primitiv, iar cînd se dezvoltă pe leziuni preexistente (deja cunoscute sau descoperite cu ocazia episodului supurativ), cum ar fi : dilatațiile bronșice sau bronșiectazia, chisturile aeriene, astmul bronșic, cancerul, tuberculoza etc., supurațiile sînt de tip secundar. Deși în numeroase cazuri este greu de precizat caracterul primitiv sau secundar al unei supurații bronhopulmonare, practica a demonstrat că majoritatea proceselor supurative sînt constituite pe leziuni preexistente. În acest cadru, subliniem faptul că supurația poate constitui „masca" de debut clinic al unei tumori sau al unei tuberculoze și de aceea medicul va căuta cu insistență să depisteze prezența bacilului tuberculozei sau a celulelor canceroase, mai ales cînd bolnavii au anumite vîrste și exercită anumite profesiuni.

Constatate mai ales la grupele de maximă productivitate (30—50 de ani) și într-o proporție evident crescută la bărbați (65%), bronhopneumopatiile supurative recunosc ca *factori favorizanți* sau *predispozanți*, pe lîngă vîrstă și sex, practicarea fumatului, consumul de băuturi alcoolice, activități profesionale efectuate în medii cu noxe care afectează aparatul respirator (zidărie, tîmplărie, turnătorie, sudură, utilizarea chimicalelor etc.), precum și intemperiile, scăderea rezistenței generale a organismului, datorită unor afecțiuni localizate la nivelul altor organe, cum ar fi : ulcerul gastric sau duodenal, hepatita cronică, diabetul etc. În aceeași categorie de factori se înscriu antecedentele patologice ale aparatului respirator mai des înregistrate : pneumopatii acute, sechele după tuberculoză, bronșita cronică, afecțiuni ale căilor aeriene superioare (sinuzită, rinofaringită), iar în sezonul rece virozele respiratorii (în special gripa), care măresc sensibilitatea mucoasei bronșice, înlesnesc multiplicarea microbilor și producerea procesului infecțios supurativ.

În supurațiile bronhopulmonare, o atenție deosebită se acordă cercetării *factorului determinant*, declanșant, respectiv florei bacteriene din expectorație. Prin diverse tehnici de laborator vor fi identificați germenii responsabili de producerea bolii și va fi testată sensibilitatea acestora la antibiotice, investigație deosebit de utilă pentru începerea și conducerea corectă a tratamentului. Dacă în trecut laboratoarele consemnau, de cele mai multe ori, specii ca : pneumococ, streptococ și anaerobi, în prezent se înregistrează mai frecvent stafi-

lococul (în special stafilococul auriu) și grupa enterobacteriilor (bacilul coli, *Klebsiella*, bacilul piocianic și proteusul). Și dacă astăzi unele supurații de tipul cangrenei pulmonare au dispărut datorită antibioticelor și în special penicilinei, speciile microbiene citate conferă supurației aspecte particulare, exprimate prin forme grave de boală : abcese buloase, provocate de stafilococul auriu, leziuni distructive extinse cu *Klebsiella pneumoniae* și supurații persistente, repetate, greu de tratat, determinate de bacilul piocianic *(Pseudomonas aeruginosa)*, care constituie, în același timp, și o sursă tot mai des semnalată de infecții intraspitalicești (contaminarea altor bolnavi internați în spital cu acest microb).

Dar în afara acestora mai există unele bacterii nedăunătoare (saprofite), existente permanent în cavitatea nazală, în sinusurile feței, în faringe și amigdale, și care în anumite condiții (cantitate mare, sezon rece, rezistența scăzută a organismului), pot deveni virulente, declanșînd infecții bronhopulmonare cu caracter supurativ.

Pătrunderea și localizarea microbilor în sistemul bronșic și pulmonar se poate realiza prin vehicularea acestora pe cale aeriană sau circulatorie (vase sanguine sau limfatice). Dar în afară de acest mecanism de inoculare „bronhogenă" cu particule septice, supurațiile bronhopulmonare mai pot fi provocate de invazia microbiană pe cale vasculară, germenii patogeni provenind din leziuni ale altor organe din vecinătate sau de la distanță, eventual după diferite intervenții chirurgicale practicate pe stomac, vezicula biliară, organe genitale etc.

Precizarea diagnosticului de supurație bronșică sau pulmonară revine medicului specialist, care se bazează pe o serie de semne clinice, radiologice și de laborator. Ca modalitate de debut, aceste afecțiuni supurative se instalează lent, treptat, pe leziuni preexistente, în cazul formelor secundare de boală, în timp ce în localizările primitive se manifestă de la început zgomotos, brutal, simulînd uneori gripa sau bronșita acută. Tipul caracteristic al supurațiilor primitive îl reprezintă abcesul pulmonar, care începe brusc, în plină sănătate aparentă, cu febră, frison puternic, junghi toracic localizat în dreptul regiunii afectate, tuse uscată, respirație grea (dispnee), de intensitate variabilă, transpirații, scăderea apetitului, stare generală alterată. În zilele următoare, cu ocazia unui acces de tuse, se produce „vomica", adică eliminarea bruscă a unei mari cantități de spută purulentă (200—300 ml), deseori fetidă, însoțită sau nu de sînge, după care temperatura scade progresiv. Pe întreaga durată a bolii, în abces, ca dealtfel în toate celelalte forme de supurații bronhopulmonare, secrețiile acumulate în bronhii în cursul nopții sînt expulzate matinal prin ceea ce numim „toaleta bronșică". Sputa colectată într-un pahar gradat se stratifică în 3 zone : la fund puroi gros, la mijloc seros lichid, iar la suprafață muco-spumos. Urmărirea zilnică a variațiilor cantității de spută și a aspectului ei permite medicului să aprecieze evoluția bolii sub acțiunea tratamentului.

Varietatea leziunilor este ilustrată de o mare diversitate de *aspecte radiologice*, cuprinse în limite foarte largi, de la imagini toracice aproape normale, expresie a unor supurații bronșice autonome de dată recentă, pînă la cele polimorfe din supurațiile bronhopulmonare bilaterale. Dar pentru a evita confuzia imaginii cavitare din aceste afecțiuni supurative cu leziuni asemănătoare produse de boli grave ca tuberculoza sau cancerul, care necesită tratamente specifice total diferite de acela al supurațiilor, se recurge la investigații de specialitate : examenul sputei, pentru descoperirea bacilului tuberculozei, sau punerea în evidență a celulelor canceroase, fie în spută, fie în fragmentul de mucoasă bronșică, prelevat cu ajutorul bronhoscopiei.

În ceea ce privește evoluția și prognosticul abcesului pulmonar, descris ca formă tipică de supurație pulmonară, acestea depind de mărimea lui, de varietatea de microbi care l-au produs, de capacitatea de apărare a organismului, precum și de calitatea tratamentului aplicat. Există abcese pulmonare, chiar de mari dimensiuni, care se pot vindeca la fel de repede ca și cele mici, dacă puroiul se elimină ușor prin bronhii. Dimpotrivă, stagnarea lui în cavitate sau în oricare altă formă de supurație bronhopulmonară poate prelungi durata bolii, favorizînd complicații grave ca : hemoptizia, pleurezia purulentă, anemia și, excepțional, amiloidoza sau abcesul cerebral.

În afara acestor consecințe severe, în supurațiile cronice tratate vreme îndelungată cu antibiotice, pot să apară, în expectorație, levuri (micelii) de tip *Candida albicans*, mai rar *Aspergillus*, care determină tulburări clinice ce pot agrava evoluția bolii de fond, implicînd măsuri terapeutice suplimentare.

De îndată ce diagnosticul a fost stabilit, cea mai importantă problemă o reprezintă instituirea fără întîrziere a tratamentului, care trebuie să fie precoce, complex, adaptat germenului cauzal care a declanșat boala și aplicat pe o durată de timp suficient de lungă. Tratamentul bine condus înregistrează rezultate de cele mai multe ori bune, dacă bolnavul respectă întru totul

prescripţiile medicale. Indiferent dacă sînt primitive sau secundare, supuraţiile bronhopulmonare beneficiază de tratament conservator sau chirurgical. În cadrul tratamentului conservator, se impun următoarele măsuri :

— *generale,* care constau în repaus la pat pînă la normalizarea temperaturii, întreţinerea igienei corporale şi a cavităţii bucale, schimbarea lenjeriei de pat şi aerisirea repetată a camerei, alimentaţie uşoară, echilibrată, bogată în proteine, hidrocarbonate şi vitamine ;

— *drenajul de postură,* practicat de 2—3 ori pe zi, cîte 30 de minute, constă în alegerea celor mai convenabile poziţii ale toracelui, în funcţie de localizarea leziunii, în scopul evacuării cît mai complete a secreţiilor ;

— *bronhoaspiraţia,* adică aspirarea secreţiilor cu ajutorul unui instrument tubular prevăzut cu sistem optic de iluminare, introdus în trahee, după anestezie locală, la bolnavii slăbiţi care nu au puterea să le elimine spontan prin tuse. Stagnarea acestor secreţii infectante poate agrava situaţia, determinînd febră, dispnee, hemoragie, extinderea leziunilor etc. ;

— *medicaţie simptomatică* (expectorante, hemostatice, antiinflamatoare, tonice generale, vitamine şi, la nevoie, tonice cardiace, oxigenoterapie etc.). Pentru a înlesni evacuarea sputei din arborele bronşic, dacă aceasta este foarte vîscoasă, aderentă, se administrează, sub formă de instilaţii sau aerosoli, diverse substanţe secretolitice ;

— avînd în vedere etiologia bacteriană şi frecvenţa formelor clinice de boală severă, terapia acestei categorii de afecţiuni este dominată de medicaţia antiinfecţioasă — antibiotice şi/sau chimioterapice.

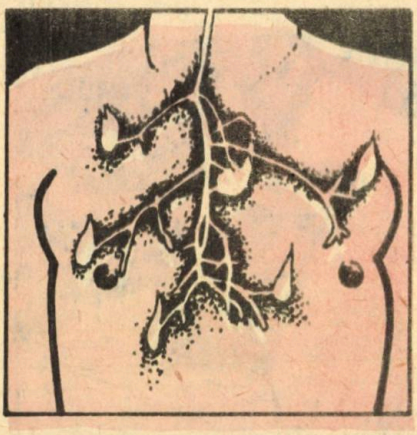
Precizăm că toate acestea, corelate cu gravitatea şi evoluţia clinică a leziunilor, asociate cu antibiotice, în general, şi penicilină, în special, au transformat în sens favorabil prognosticul acestor supuraţii şi au făcut să dispară din practica pneumologică stări toxiinfecţioase de gravitatea cangrenei pulmonare.

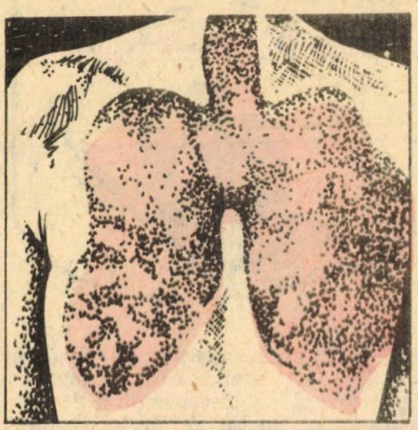
Dar varietatea şi multitudinea problemelor pe care le ridică utilizarea unui număr mare de antibiotice şi chimioterapice şi, în special, apariţia în cursul administrării acestor produse a unor inconveniente ca : intoleranţă sau reacţii adverse cu manifestări digestive (greţuri, vărsături, dureri abdominale) şi/sau cutanate (prurit, urticarie), tendinţa bolii la cronicizare, instalarea rezistenţei microbiene faţă de antibiotice, cu creşterea riscului de contaminare intraspitalicească, au impus căutarea de soluţii care să păstreze avantajul de partea antibioterapiei. Pentru a evita cel puţin

în parte neajunsurile menţionate, alegerea antibioticului convenabil fiecărui caz în parte este făcută cu discernămînt de medicul curant, în funcţie de datele antibiogramei, care, deşi de valoare relativă, permit excluderea preparatelor neindicate şi folosirea celor mai potrivite.

Bilanţul obţinut prin tratamentul modern cu antibiotice, totalizînd pînă la 90—95% vindecări complete sau cu sechele şi numai 5—10% insuccese, demonstrează concludent aportul medicaţiei respective în rezolvarea bronhopneumopatiilor supurative, în trecut sortite eşecului într-o proporţie de 25—30%. Numai atunci cînd tratamentul medicamentos complex, suficient de prelungit sau repetat, nu mai poate influenţa evoluţia bolii supurative, iar starea generală a organismului permite, se impune *atitudinea chirurgicală.*

Dar cu toate că antibioticele au lărgit sfera indicaţiilor chirurgicale la bolnavi consideraţi în trecut că au depăşit limitele posibilităţilor actului operator, trebuie reţinut totuşi riscul complicaţiilor, care se amplifică sensibil la persoanele care au depăşit 55—60 de ani. După externare, aceşti bolnavi trebuie controlaţi periodic cu toată rigurozitatea, pentru a fi pe cît posibil evitate recidivele.





Datele prezentate oglindesc multitudinea aspectelor legate de capitolul vast al supurațiilor bronhopulmonare, care ocupă un loc important în patologie, prin interesul problemelor științifice pe care le ridică, prin durata spitalizării, prin dificultățile terapeutice și incapacitatea de muncă pe care o provoacă, cu importante repercusiuni profesionale, familiale și economico-sociale.

Dr. G. UNTEANU, medic primar

Spitalul de pneumoftiziologie

»scarlatina«

Înainte de-a fi observat că-i bolnav,
îl știam pe Scarlat sănătos.
(Adevărul acesta grozav
nu știu bine de unde l-am scos !)
Un lucru e cert : că Scarlat este grav
și că nici un consult nu i-ar fi de prisos.

Întîi, telefon la „Salvare". Mă rog,
de aceea-i „Salvarea" atît de iubită.
Sosiră urgent un vestit cardiolog,
un vestit radiolog
și-o soră la fel de vestită.
(Căci sora era, peste-o sută de secții,
vestită-n injecții
și-n frecții.)

Diagnosticul pus, cît de drastic suna !
— Scarlatină, în prima ei fază.
De-atunci sora Ina — așa se numea —
L-a-ngrijit devotată, vitează.
Scarlat, zi de zi tot mai tare simțea
că de fata-n halat se-atașează.
(Paranteză : s-o spunem cinstit că și ea
îl visa cîteodată și trează !)

Epilogul e clar, poate chiar așteptat :
(dar nimeni nu știe a cui a fost vina)
— Scarlat e demult pe deplin vindecat,
iar sora-i demult... Scarlat Ina.

ANDREI CIURUNGA

suferiți de bronșită cronică?

știți cum trebuie să vă îngrijiți zilnic acasă?

Dr. Tudor Sbenghe

În ultimele 2 decenii, în țările dezvoltate s-a înregistrat o creștere continuă a numărului de bolnavi cu bronșită cronică. Statisticile arată că aproximativ ¼ din populația adultă a acestor țări suferă de bronșită cronică.

La baza acestei boli se află, în primul rînd, fumatul, poluarea aerului cu pulberi și gaze toxice din mediile urbane și industriale, infecțiile respiratorii repetate.

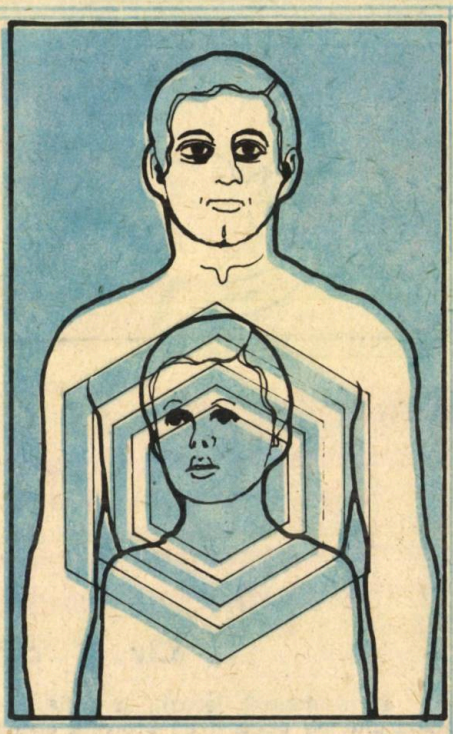
Bronșita cronică se caracterizează prin tuse și expectorație, care durează mai mult de 3 luni pe an și se manifestă de cel puțin 2 ani, fără ca aceste semne să fie determinate de boli specifice pulmonare ca : tuberculoză, micoze, cancer etc., boli în general ușor de depistat la examenul radiologic. Tusea și expectorația, chiar zilnice, de obicei matinale, nu alarmează bolnavul, mai ales cînd acesta este fumător, considerînd că este „normal" să tușești și să expectorezi de 2—3 ori pe zi, deoarece fumul de țigară „irită puțin" bronhiile.

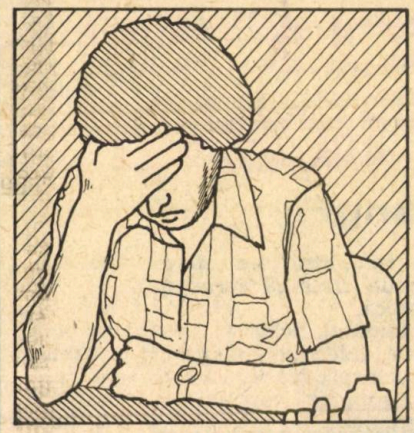
Statisticile arată că în această fază a bolii se prezintă la medic mai puțin de 20% din bolnavi. În realitate, rezultatul ignorării acestor două semne, considerate atît de banale, îl constituie evoluția bolii, apariția tot mai frecventă a unor așazise „răceli", în care tusea și expectorația se exacerbează, bolnavul este ceva mai obosit, respirația devine mai șuierătoare și mai dificilă, putînd să apară și o ușoară febră. Dar aceste puseuri trec repede și bolnavul le uită pînă la apariția următorului puseu.

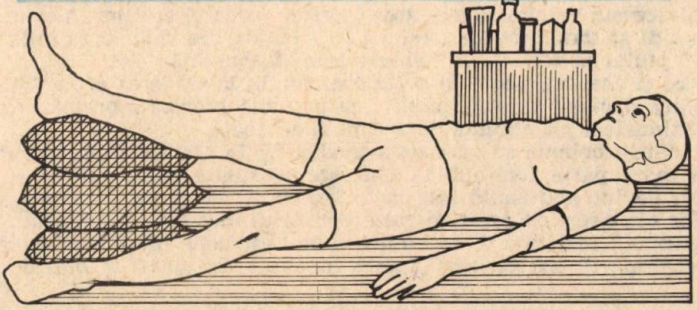
Treptat, alături de tuse și expectorație își face apariția un nou simptom — dispneea — gîfîiala la eforturi mai mari la început, iar mai tîrziu, la eforturi din ce în ce mai mici. De multe ori, nici acest semn nu este corect interpretat de bolnav. Adesea se consideră că această respirație mai grea la efort (urcatul scărilor, mersul pe stradă în ritm mai rapid) se datorește fie creșterii în greutate, fie vieții prea sedentare dusă de bolnav, fie faptului că acesta „nu mai este chiar foarte tînăr" etc.

Desigur că și aceste aspecte își aduc contribuția la scăderea capacității de efort, dar cauza reală a dispneii acestor bolnavi cu bronșită cronică ignorată este scăderea capacității funcționale a plămînului, determinată de boală.

O parte dintre bolnavi se adresează medicului în această fază, dar, din nefericire, o și mai mare parte continuă să ignoreze existența bolii, pînă cînd starea de dispnee la efort devine alarmantă sau pînă cînd încep să apară crize de dispnee asemănătoare celor din astm. În acest moment consultul medical poate arăta : instalarea unei severe disfuncții respiratorii, determinată de obstrucția bronhiilor, existența unei insuficiențe respiratorii (oxigen mai scăzut în sînge cu sau fără bioxid de carbon







crescut) sau poate să se constate că, datorită plămînului, inima a început şi ea să sufere, instalîndu-se cordul pulmonar cronic. Aproximativ 40% din bronşiticii cronici se prezintă la medic în această fază a bolii. Nu este deci de mirare că, în unele ţări, bronşita cronică constituie a doua cauză de pensionare pe motiv de boală la bărbaţii cu vîrsta cuprinsă între 40 şi 50 de ani, reprezentînd, totodată, a 4-a cauză de mortalitate.

Bronşita cronică odată instalată nu se poate vindeca, dar beneficiază de o serie de metode terapeutice, care, aplicate cu perseverenţă, ameliorează mult suferinţele, întîrzie sau chiar opresc evoluţia bolii şi menţin capacitatea de muncă a bolnavului.

Fiind o boală cronică cu potenţial evolutiv, îngrijirea trebuie să fie continuă, zilnică. Este lipsit de sens să se considere că un tratament efectuat în spital timp de 2—3 săptămîni, chiar dacă acesta se repetă de 3—4 ori pe an, va rezolva bronşita cronică. De fapt, nu se rezolvă decît puseul de moment, pentru ca după cîteva luni sau săptămîni acesta să reapară şi să forţeze bolnavul la o nouă internare sau la o terapie intensivă la domiciliu.

Nu numai că tratamentele intermitente nu opresc evoluţia bolii, dar treptat, stăpînirea acestor perioade de acutizări nu se mai poate face decît cu ajutorul unei medicaţii suficient de agresive pentru organism (corticoterapie şi antibioterapie, în doze mari, simpaticomimetice etc.).

Astăzi, principiul terapeutic modern al bronşitei cronice are la bază un „program de recuperare", în cadrul căruia autoîngrijirea zilnică la domiciliu reprezintă obiectivul principal al acestui program.

Pentru a înţelege indicaţiile care se dau de către medic în cadrul acestui program, este necesar ca bolnavul să cunoască următoarele aspecte legate de boala sa :

— Obstrucţia bronhiilor, care împiedică buna ventilaţie a plămînilor, constituie baza tuturor tulburărilor respiratorii şi cardiace. În cadrul acestei obstrucţii, secreţiile bronşice, care nu mai pot fi evacuate normal datorită degradării aparatului mucociliar bronşic, alcătuiesc componenta principală a acestei obstrucţii, care poate fi influenţată prin măsuri terapeutice adecvate.

— În cadrul bolii, respiraţia este tot mai defectuoasă şi ineficientă. Principalul muşchi al respiraţiei — diafragma — îşi reduce activitatea, respiraţia este rapidă şi superficială, executîndu-se mai ales prin mişcările părţii superioare a toracelui.

— Starea de disconfort respirator determină bolnavul să-şi reducă în mod exagerat activitatea fizică, în aşa măsură încît după un timp acesta nu mai este capabil să execute nici activităţi uzuale casnice fără să apară gîfîiala.

— Apariţia repetată a infecţiilor bronşice este determinată atît de unele perturbări locale bronşice, de rezistenţa scăzută a bolnavilor, cît şi de dezadaptarea acestora la schimbările bruşte de temperatură.

Programul de recuperare care se recomandă bolnavului de bronşită cronică reprezintă de fapt modalităţile prin care pot fi combătute aspectele bolii enunţate mai sus. Sub supravegherea periodică a medicului, bolnavul însuşi trebuie să realizeze, la domiciliu, prin mijloace simple care-i stau la dispoziţie, cea mai mare parte a acestui program.

Asigurarea unei căi libere aerului respirat necesită eliberarea bronhiilor de secreţiile stagnante, iritante, care declanşează reprize repetate de tuse ineficientă şi deosebit de neplăcută. Acest obiectiv se realizează la domiciliu prin :

◆ Bolnavul va asigura în cameră o umiditate mai crescută a aerului, mai ales în timpul sezonului rece, cînd caloriferul sau sobele usucă atmosfera din cameră. Se va pune pe sobă sau calorifer o tavă cu apă, avînd o suprafaţă mare de evaporare.

◆ Zilnic, bolnavul va consuma cîteva ceşti de ceai (tei, muşeţel, coada şoricelului, lumînărică, ipeca sau ceai antibronşitic nr. 2, ceai antiastmatic, ceai *species pectoralis* etc.), care asigură o bună hidratare a secreţiilor bronşice.

◆ În fiecare dimineaţă, pe nemîncate, bolnavul va executa *drenajul de postură*, mijloc deosebit de eficace pentru a asigura evacuarea secreţiilor bronşice. Acest drenaj constă în asigurarea, în pat, a unor poziţii ale toracelui care să uşureze scurgerea gravitaţională a secreţiilor din profunzimea plămînului spre bronhiile mari şi trahee. Tehnica propriu-zisă a acestui drenaj este simplă şi bolnavul o va învăţa cu uşurinţă

de la prima demonstrație făcută într-un serviciu medical. Uneori, drenajul trebuie repetat în timpul zilei. Un membru din familie va ajuta drenarea prin bătăi ritmice (tapotare) cu palmele pe toracele bolnavului sau va vibra toracele, cu ajutorul unui aparat de vibromasaj, 2—3 minute la mijlocul și la sfîrșitul ședinței de drenaj (care durează 20—30 de minute).

Drenajul de postură se va termina prin reprize de „tuse controlată", adică se va tuși în mod voit și într-un anumit mod. Bolnavul, în poziție șezîndă (de preferat pe un scaun sau pat mai puțin înalt), cu trunchiul ușor aplecat în față, cu umerii împinși înainte și relaxați, în mînă cu un pahar pentru expectorație, va face un inspir adînc, iar apoi, în expirație, va executa 3—4 scurte tusotări, ca și cum și-ar „drege vocea". Treptat, această tuse controlată va trebui să înlocuiască tusea spontană, obositoare și ineficientă. În nici un caz bolnavul nu va trebui să-și administreze medicamente calmante ale tusei.

Pentru a realiza o respirație adecvată, pentru a asigura o ventilație a alveolelor pulmonare cît mai uniformă, bolnavul va trebui să învețe o *„gimnastică respiratorie"* specială, în care se va urmări ca mișcările respiratorii să fie executate cu abdomenul și cu baza toracelui și nu cu toracele. De asemenea, ritmul respirator va fi rărit pînă la 16—14 respirații pe minut, avînd un expir de 2 ori mai prelungit decît inspirul. Inspirul se va executa pe nas, iar expirul pe gură, cu buzele strînse. Pentru întărirea musculaturii abdominale respiratorii, din culcat pe spate pe o canapea, ridicată cu 25—35 cm la partea unde se află picioarele, se respiră ca mai sus, avînd pe abdomen 2—3 cărți groase sau un săculeț cu nisip de 2—3 kg, iar apoi 5—7 kg.

Exercițiile de gimnastică respiratorie vor fi executate de cîteva ori pe zi, la început în ședințe de 5—6 minute, apoi se crește treptat spre 20—30 de minute, din poziția culcat pe spate, culcat pe o parte și alta, din șezut, din stînd în picioare și în mers. Cu timpul, acest gen de respirație va intra reflex în stereotipul respirator al bolnavului.

Pentru a crește capacitatea expiratorie, bolnavul își poate confecționa mici instalații simple, dar foarte eficace : un sfeșnic cu o lumînare, așezat pe o masă sau dulap la nivelul gurii pacientului (care stă pe scaun sau în picioare). Acesta suflă ușor, dar constant și prelungit, în așa fel încît să aplece flacăra, fără ca ea să se stingă și fără să revină la verticalitate. Cu cît aplecarea flăcării este menținută mai mult timp și cu cît lumînarea este mai departe de gură, cu atît starea funcțională a bolnavului s-a îmbunătățit. De asemenea, într-o sticlă de 1 litru cu apă introducem un tub de cauciuc subțire sau de sticlă prin care suflăm constant și prelungit, în așa fel încît să producem la suprafața lichidului bule succesive de aer.

Programul de gimnastică al unui bolnav cu bronșită cronică este mult mai complex. El mai cuprinde o suită de alte exerciții, care sînt prescrise în funcție de o serie de particularități ale fiecărui bolnav.

La bolnavii respiratori este caracteristică dezadaptarea la efortul fizic. De aceea, readaptarea constituie un principal obiectiv recuperator, pe care bolnavul trebuie să-l realizeze cu perseverență, zilnic. În funcție de starea bolnavului se va începe antrenamentul la efort prin mers dozat (pe distanțe precise, mărite treptat la cîteva zile), în ritmul de mers propriu bolnavului, apoi se grăbește ritmul pe distanțe scurte, putîndu-se ajunge la ușoare alergări. Urcatul și coborîtul scărilor, mersul pe bicicletă, înotul, alergatul pe loc în casă, ca și o serie de activități meșteșugărești sau gospodărești (grădinărit, tăiat lemne, tîmplărie etc.) reprezintă tot atîtea metode mai simple sau mai complexe, care dezvoltă capacitatea bronșiticului cronic la efort. Indicația tipului de efort, intensitatea acestuia, ca și durata și repetarea lui în timpul zilei, sînt exclusiv de competența medicului curant al bolnavului.

În cadrul programului pe care trebuie să-l efectueze zilnic bolnavul la domiciliu intră și grija pentru călirea propriului organism, pentru o mai bună adaptare la schimbările bruște de temperatură și, mai ales, la excitanții exteriori reci, pentru creșterea rezistenței la infecțiile respiratorii.

Realizarea acestor deziderate se face prin aplicarea unor metode de aero- și hidroterapie (băi de aer, dușuri alternante calde-reci, parțiale și generale, fricțiuni umede cu prosoape reci, băi alternante parțiale etc.). În aplicarea acestor procedee, care se pot executa cu ușurință la domiciliu, există o gradație în dozare, pe care o indică medicul în funcție de starea bolnavului, de anotimp etc. La aceste procedee se mai poate adăuga climatoterapia în stațiunile balneoclimatice, ca și petrecerea zilelor de sărbătoare cît mai mult în aer liber (lîngă păduri și ape curgătoare).

Se impune să menționăm două aspecte de covîrșitoare importanță :

— suprimarea oricărui contact cu sursele de poluare și, mai ales, suprimarea fumatului ;

— respectarea unui regim alimentar echilibrat, care să mențină o greutate corporală normală (uneori chiar cu 2—4 kg sub valorile fiziologice), fără a exagera cantitatea de sare și, mai ales, fără alcool, deoarece se știe că acesta se elimină și pe cale respiratorie.

Numai prin respectarea cu strictețe a programului de recuperare la domiciliu, sub supravegherea periodică a medicului, se creează toate premisele pentru oprirea evoluției agravante a bolii, pentru menținerea îndelungată a capacității de muncă, pentru creșterea speranței de viață.

Rondel antitabagic

Prelegerea despre fumat
Avu o țintă salutară,
Căci medicii ne demonstrară
Efectul său de condamnat.

Fumatu-i treabă de ocară,
Cu rezultatul arătat...
Prelegerea despre fumat
Avu o țintă salutară...

Îndată ce ieși afară —
Își zise-n sine un bărbat :
„Să-aprind în grabă o țigară
Că mare poftă mi-a creat

Prelegerea despre fumat"...

TRAIAN GĂRDUȘ

PILULE cu... tîlc

Orice bătaie îl lezează pe om, cu excepția celei de inimă.

Îmbolnăvindu-se de cord, umoristul s-a lăsat de scris, deoarece medicul i-a interzis sarea și piperul.

Chiar și pacifistul ține să rămînă sănătos tun.

Oricît de posac ar fi, biologul rămîne un om de viață.

Singurele operații făcute fără anestezie sînt cele matematice.

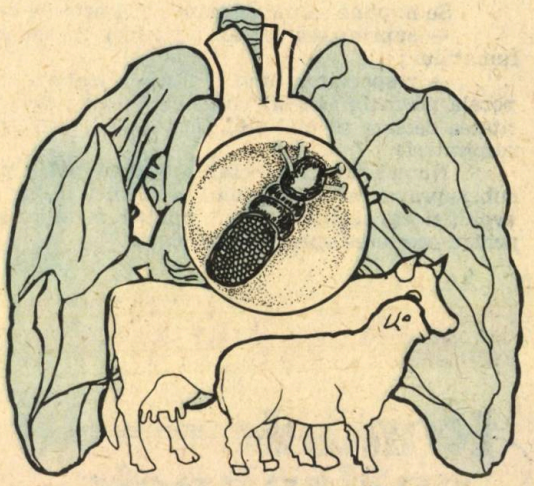
Asemănarea dintre medicul dermatolog și tăbăcar este aceea că amîndoi tratează pielea.

Mai există încă personal medico-sanitar care, în timpul programului, consultă cel mai mult ceasul de la mînă.

Directorul întreprinderii s-a internat în spital cu secretara lui, pentru ca medicul de salon să poată intra numai în zilele și orele de audiență.

V. D. Popa

chistul hidatic pulmonar



Dr. IOAN JOCU

doctor în medicină, medic primar

Chistul hidatic pulmonar este o afecţiune determinată de dezvoltarea în parenchimul pulmonar a formei larvare a unei tenii, vierme denumit ştiinţific **Taenia echinococcus.**

Afecţiunea are o frecvenţă ridicată în zone geografice în care locuitorii se ocupă cu creşterea animalelor, cu păstoritul, şi anume : în ţările din bazinul mediteranean (Grecia, Italia, Franţa, Spania, Algeria, Tunisia), în ţările din Peninsula Balcanică, în ţări din America de Sud (Argentina, Uruguay), în Noua Zeelandă şi în Australia. Studii epidemiologice relativ recente au evidenţiat o exacerbare a infestărilor în unele ţări în care se semnalase anterior o reducere a numărului de îmbolnăviri, fapt explicat prin facilitatea şi dezvoltarea impetuoasă a circulaţiei internaţionale actuale. Astfel, persoane care merg în zone cu epidemie hidatică se pot infesta, răspîndind apoi boala în ţara de origine. Acest fenomen epidemiologic nu este, dealtfel, singular pentru echinococoză, ci rămîne valabil şi pentru alte parazitoze şi boli infecţioase.

Agentul cauzal este **Taenia echinococcus,** care are o lungime de 4—6 mm şi este alcătuită din : scolex (denumit impropriu cap), prevăzut cu 4 ventuze şi cu o coroană dublă de cîrlige, în număr de 30—50 ; un gît scurt, după care urmează strobila, reprezentată de 3 inele, denumite proglote. Cea de a treia proglotă are dimensiuni mari şi conţine 400—800 de ouă.

Parazitul adult trăieşte în intestinul subţire al unor carnivore (cîine, lup, pisică, şacal), care reprezintă gazda definitivă, iar parazitul în formă larvară (de chist hidatic) se dezvoltă în diverse organe ale omului şi ale altor animale (bovine, caprine, ovine), care reprezintă gazda intermediară.

Tenia în formă adultă produce boala denumită teniază. Ouăle teniei, care, după cum am văzut, sînt în număr foarte mare în cea de a treia proglotă a viermelui, sînt eliminate odată cu dejecţiile animalului gazdă, infestînd apele şi vegetaţia (ierburi, legume, zarzavaturi, fructe). Ouăle teniei au rezistenţă deosebită faţă de acţiunea agenţilor chimici şi fizici din natură. Ierburile infestate cu ouă de tenie şi ingerate de animale ierbivore (bovidee, caprine, ovine) vor determina dezvoltarea formei larvare a parazitului, respectiv formarea de chisturi hidatice în diverse organe. În mod accidental, omul se infestează cu ouă de tenii fie ingerînd legume, zarzavaturi sau fructe poluate şi care nu au fost spălate corespunzător înainte de folosire, fie luînd pe mîini, prin mîngîiere, ouăle de pe blana cîinelui, infestată cu ouă de parazit, fie lăsîndu-se lins de cîini care au în cavitatea bucală nu număr mare de ouă, omiţînd apoi să se spele înainte de a mînca. Menţionăm că ouăle de tenie pe care cîinele le are pe blana sa, precum şi în cavitatea bucală, provin de pe terenul infestat pe care se culcă şi astfel ouăle

se prind de blana acestuia. Subliniem acest fapt, deoarece copiii și femeile dovedesc multă dragoste față de cîini, îi lasă să le lingă mîinile și îi mîngîie pe blană, ceea ce constituie o sursă importantă de infestare.

Așadar, în ciclul evolutiv al parazitului, există obligatoriu două gazde : cea definitivă, care este un carnivor (cîinele, în special) și cea intermediară, care obișnuit este un ierbivor (bovine, ovine etc.) și, accidental, omul.

Ouăle de tenie ingerate de om împreună cu alimentele infestate suferă acțiunea sucurilor digestive, care le dizolvă învelișul de chitină și astfel este pus în libertate embrionul. Grație celor 6 cîrlige pe care le prezintă, embrionul se fixează de peretele intestinului, pe care îl străbate și ajunge în vasele capilare, iar de aici urmează un drum complex, reprezentat de : vena portă — ficat — venele suprahepatice — vena cavă inferioară — inima dreaptă — artera pulmonară — plămîn, unde se grefează și se dezvoltă **chistul hidatic.** În numeroase cazuri însă, embrionul este oprit la nivelul ficatului, care reprezintă primul baraj, situație în care se va dezvolta un chist hidatic hepatic. În anumite circumstanțe, embrionul traversează filtrul hepatic și ajunge pe calea menționată, la nivelul plămînului. Vasele capilare alveolare pulmonare reprezintă un al doilea baraj pentru embrion, care va dezvolta în alveolele pulmonare o veziculă ce se va mări progresiv, constituind chistul hidatic pulmonar („pungă cu lichid"). Lichidul secretat va determina mărirea progresivă a chistului, care poate lua uneori dimensiuni gigante, ocupînd un întreg hemitorace.

Infestarea parenchimului pulmonar se poate produce, în cazuri excepționale, și pe cale aeriană. Ouăle, de dimensiuni microscopice, inhalate cu aerul, ajung pe calea arborelui bronșic în alveolele pulmonare, unde vor da naștere chistului hidatic.

Manifestările chistului hidatic pulmonar apar tardiv, după o lungă perioadă de latență. Pot fi descrise două etape în evoluția chistului hidatic : perioada latentă, asimptomatică și perioada cu manifestări clinice.

Perioada asimptomatică durează între 1 și 3 ani sau mai mult, fiind reprezentată de timpul scurs de la infestare și pînă la apariția simptomelor clinice. S-au descris cazuri care au rămas latente toată viața, datorită evoluției silențioase, ajungîndu-se chiar la calcificarea chistului, fără ca persoana să prezinte vreun semn funcțional. În această perioadă asimptomatică, diagnosticarea chistului hidatic pulmonar este posibilă numai în măsura în care bolnavul respectiv este supus unui examen radiologic pulmonar periodic. Un asemenea diagnostic are o valoare deosebită, deoarece se va putea aplica tratamentul chirurgical pe un chist necomplicat, prognosticul fiind mult mai bun.

Perioada simptomatică, la rîndul ei, poate fi grupată în două etape, în funcție de starea anatomoclinică a chistului : **chist hidatic închis, neinfectat** și **chist hidatic deschis** și **supurat.**

Chistul hidatic închis se manifestă printr-o simptomatologie funcțională neevocatoare, banală, întîlnită și în alte afecțiuni pulmonare, tradusă prin : tuse uscată sau chintoasă, dureri toracice, senzație de opresiune toracică, greutate în respirație la efort și hemoptizii. Semnele clinice sînt în funcție de dimensiunile și de sediul chistului (central, periferic, juxtadiafragmatic sau juxtamediastinal).

Durerile toracice sînt inconstante, de diferite intensități și variază ca sediu, lipsind în localizările centrale și fiind acuzate în cele periferice. Uneori, îmbracă caracter de junghi toracic sau de nevralgie intercostală.

Senzația de opresiune toracică se întîlnește numai în chisturile de dimensiuni mari și în cele situate juxtadiafragmatic, producînd jenă în mișcările respiratorii ale mușchiului diafragmatic.

Hemoptiziile, în schimb, relativ frecvente, sînt revelatoare, alarmînd bolnavul, care va solicita consultație medicală, fiind examinat și radiologic. Ele sînt traduse prin eliminare de sînge roșu prin tuse, de mai multe ori pe zi, într-o perioadă variabilă, uneori de cîteva săptămîni, ca expresie a ruperii unor vase pulmonare.

Chistul hidatic deschis are ca prim semn caracteristic vomica hidatică, produsă în urma fisurării chistului, ceea ce determină comunicarea acestuia cu lumenul unei bronhii, la rîndul ei erodată. Eliminarea lichidului, care poate să fie precedată de hemoptizii și uneori de erupție urticariană, se manifestă cu durere atroce toracică și stare de anxietate. Lichidul eliminat de bolnav este clar, limpede, cu gust sărat, însoțit uneori de fragmente de membrană hidatică. Cantitatea de lichid evacuată uneori este mare și produce senzație de sufocație sau antrenează stare de asfixie și de șoc-colaps. După vomică, evoluția în rare cazuri este favorabilă, producîndu-se vindecare ; cel mai adesea, apar complicații inflamatorii sau supurația chistului.

Ruperea chistului hidatic pulmonar subpleural produce, prin eliminarea lichidului hidatic în cavitatea pleurală, însămîn-

țarea acesteia, realizînd o colecție lichidiană de natură hidatică, urmată uneori de o colecție purulentă. Deschiderea în pleură se manifestă cu durere toracică vie, dispnee, erupție urticariană.

Toxinele parazitului pot produce **fenomene alergice,** constatate în unele cazuri sub formă de erupții urticariene sau edem alergic. Urticaria devine semnificativă, în cazul constatării formațiunii chistice pulmonare la examenul radiologic.

Un aspect particular îl constituie **infantilismul hidatic,** definind oprirea în dezvoltare a copiilor, în care caz este incriminat rolul intoxicației hidatice.

Examenul radiologic este esențial pentru stabilirea diagnosticului, precizînd existența chistului hidatic pulmonar, sediul, dimensiunea, forma, numărul și eventualele complicații, care survin în cursul evoluției.

În stabilirea diagnosticului sînt sugestive : contactul intim al persoanelor cu cîinii, fără a respecta normele elementare de igienă individuală, domiciliul în zone cu endemie hidatică, precum și profesiunile expuse la infestare (ciobani, țărani, măcelari, tăbăcari etc.). De asemenea, mai pledează și semnele funcționale ale aparatului respirator și, în special, hemoptiziile fracționate și repetate, supoziție care va fi întărită de erupțiile urticariene și confirmată de vomica revelatoare.

Trebuie subliniat că stabilirea diagnosticului într-un stadiu timpuriu, în faza de chist hidatic închis, aseptic, permite un tratament chirurgical eficient, cu cele mai bune rezultate. Întîrzierea stabilirii diagnosticului se va solda cu apariția de complicații, care vor crea dificultăți din punct de vedere al tratamentului chirurgical, întunecînd prognosticul bolii.

Avînd în vedere gravitatea bolii la om, grelele pierderi în producția animalieră și deci importantele repercusiuni pentru economia națională, profilaxia chistului hidatic este esențială din punct de vedere medical, social și economic.

În prevenirea infestării populației și a animalelor și, implicit, în realizarea obiectivului principal de a eradica parazitoza, întreruperea lanțului epidemiologic are o importanță decisivă. În acest scop, măsurile de profilaxie vizează gazda intermediară accidentală (omul), gazdele intermediare obișnuite (bovinele, ovinele etc.) și gazdele definitive (cîinii etc.), prin măsuri de ordin medical și de ordin veterinar.

Măsurile medicale de profilaxie se referă, în primul rînd, la intensificarea educației sanitare a populației în general și a unor categorii profesionale cu risc de infestare (muncitorii din abatoare, din unitățile de industrializare și de desfacere a cărnii, din fabricile de piele, din tăbăcării, din unitățile zootehnice etc.). Un rol deosebit în profilaxia bolii revine educației sanitare, efectuate în anumite colectivități umane (unități de învățămînt, unități militare, organizații de masă, de femei, de tineret), care are ca obiectiv cunoașterea biologiei parazitului, a ciclului evolutiv, implicit a măsurilor de prevenire a îmbolnăvirilor, prin însușirea și respectarea normelor elementare de igienă. Deoarece chistul hidatic pulmonar face parte din grupa bolilor transmise prin „mîini murdare", se are în vedere conștientizarea noțiunii că spălatul mîinilor cu apă potabilă și săpun înainte de orice ingerare de alimente trebuie să fie sistematic făcut. În mod special se va executa spălarea mîinilor de persoanele care, prin natura profesiunii lor, vin în contact cu viscere ce provin de la animale care pot constitui gazde ale parazitului.

Cunoscută fiind dragostea oamenilor față de cîini, manifestată în special de copii și femei, este necesar să subliniem riscul deosebit pe care îl comportă contactul intim cu aceștia, mîngîiatul pe blană sau răul obicei de a lăsa cîinii să le lingă mîinile sau chiar fața. În cazul unui asemenea contact lipsit de prudență, se impune spălarea imediat a mîinilor și a celorlalte regiuni cutanate venite în contact cu animalul. Din aceleași considerente, nu vom admite culcarea cîinelui în patul nostru.

Prevenirea infestărilor vizează, de asemenea, prelucrarea alimentelor înainte de folosire. Astfel, consumarea cărnii implică obligația prelucrării termice adecvate, iar zarzavaturile și fructele vor fi foarte atent spălate cu apă potabilă, existînd riscul de a fi fost poluate cu ouă de parazit.

O măsură importantă este reprezentată și de stîrpirea cîinilor vagabonzi, care, dacă sînt bolnavi de teniază, răspîndesc boala pe o vastă întindere teritorială, prin poluarea cu ouă de paraziți. În același context se impune și stîrpirea cîinilor de „abator", care, ingerînd viscere de animale bolnave de chist hidatic, întregesc ciclul evolutiv al parazitului. În orice caz, este necesară interzicerea pătrunderii cîinilor în abatoare.

Cîinii suferind de teniază vor fi supuși tratamentului cu tenifuge, iar pentru toți cîinii de pază și de apartament se va aplica trimestrial dezhelmintizarea, ca măsură profilactică. Subliniem faptul că numeroși cîini sînt parazitați, mai ales cînd sînt mici ca vîrstă.

O altă măsură profilactică are în vedere sacrificarea animalelor de consum casnic numai în abatoare, sub control veterinar sistematic. În cazul animalelor bolnave, organele infestate vor fi distruse prin ardere. În același scop, este interzisă tăierea animalelor în afara abatoarelor și deci în absența controlului veterinar.

Prin respectarea integrală a acestor măsuri de profilaxie se va putea realiza eradicarea acestei boli. Eficacitatea profilaxiei este ilustrată convingător de faptul că în Islanda, țara cea mai infestată în trecut cu această parazitoză, și anume, din șase locuitori unul prezenta chist hidatic, astăzi se poate vorbi de eradicarea acestei boli atît de severe.

o nouă recunoaștere a școlii medicale românești de STOMATOLOGIE

INTERVIU CU PROF. DR. DOC. VALERIAN POPESCU

membru corespondent al Academiei R.S.R.

Personalitate proeminentă a medicinii românești, prof. dr. doc. Valerian Popescu este șeful Catedrei de stomatologie și chirurgie buco-maxilo-facială. Apreciat unanim pentru meritele sale deosebite pe tărîmul științei stomatologice și al chirurgiei estetice maxilo-faciale, începînd din anul 1948, de cînd este ales președintele Societății române de stomatologie, mai deține și următoarele funcții : președintele Uniunii Societăților de Științe Medicale, președintele Colegiului central al medicilor și farmaciștilor, președinte al Comisiei de stomatologie a Ministerului Sănătății, membru al Prezidiului Academiei de Științe Medicale, membru corespondent al Academiei R. S. România. Și pe plan extern, valoarea sa a fost recunoscută și răsplătită, fiind ales membru al : „Academie de chirurgie dentaire" (Paris), „New York Academy of Science", „Royal Society of Medicine" (Anglia) și președinte al „Asociation stomatologique internationale". Este laureat al Academiei de medicină din Franța, distins cu premiul „Magitot" și cu medalia de la Villes — Paris, precum și cu aceea a „Societății regale belgiene de stomatologie". A publicat peste 400 de lucrări în reviste de specialitate, precum și o serie de monografii, editate atît în țară, cît și în străinătate.

— Patologia buco-dentară şi-a făcut în ultimul timp simţită prezenţa pe mai multe meridiane, în special în rîndul populaţiei de vîrstă tînără, debutînd mai „zgomotos" ca de obicei şi cuprinzînd ambele sexe. Despre ce afecţiuni este vorba ?

— Pe plan mondial, patologia stomatologică este în continuare dominată de cele două afecţiuni care înregistrează o morbiditate crescută : caria dentară, care cuprinde aproximativ 95% din populaţie şi parodontopatia marginală progresivă, de care suferă aproximativ 50% din adulţi. Cu toate că s-a dat un semnal de alarmă, măsurile întreprinse — individuale şi colective — în cele mai multe ţări nu şi-au dovedit încă eficienţa, în mod convingător. Se constată unele fapte chiar paradoxale ca, de exemplu, apariţia la copii a unor procese carioase cu caracter exploziv, cuprinzînd concomitent un mare număr de dinţi şi cu o evoluţie distructivă deosebit de rapidă. Asemenea forme care afectează nu numai dentiţia temporară, dar şi pe cea permanentă, au fost semnalate şi descrise şi de specialiştii din ţara noastră, fiind puse în legătură cu tulburări de ordin metabolic şi distrofic.

În ceea ce priveşte parodontopatiile marginale, se înregistrează, în ultimele decenii, o coborîre semnificativă a pragului vîrstei de apariţie, respectiv creşterea numărului de cazuri la adulţii tineri şi chiar la copii. Este un fenomen îngrijorător, datorită riscului pierderii rapide a unui număr mare de dinţi, aparent sănătoşi, prin topirea progresivă a patului lor de implantare osoasă, ajungîndu-se la edentaţii precoce şi întinse.

Pentru că preocupările stomatologiei actuale nu se limitează numai la patologia dento-parodontală, se impun atenţiei specialiştilor aspectele foarte variate şi uneori deosebit de grave pe care le pot îmbrăca malformaţiile congenitale, a căror frecvenţă se pare că este în creştere. Este vorba îndeosebi de cancerul buzelor, al limbii şi mucoasei bucale, al maxilarelor, al glandelor salivare etc. Ne referim, de asemenea, la infecţiile maxilare şi perimaxilare, de regulă complicaţii ale cariilor dentare netratate, la leziunile traumatice, grave prin ele însele sau prin sechelele pe care le pot lăsa etc.

— Ce factori de risc concură la apariţia bolilor aparatului buco-dentar şi în ce măsură condiţiile de mediu pot influenţa apariţia şi evoluţia lor ?

— Cercetările actuale confirmă concluziile mai vechi ale unor fapte de observaţie privind rolul alimentaţiei în producerea cariilor. Acest rol se exprimă atît prin acţiunea sa endogenă, nutriţională, de care depinde structurarea rezistentă sau nerezistentă la carii a ţesuturilor dentare în perioada de formare şi dezvoltare a dinţilor, cît şi prin acţiunea sa exogenă, cariogenă sau cariostatică asupra ţesuturilor dentare, după erupţia dinţilor.

Deficitele proteice, vitaminice, minerale, respectiv carenţele în anumiţi acizi aminaţi şi în fluor la copii, cu excesul de hidrocarbonate şi îndeosebi al dulciurilor, al zahărului rafinat, determină o mineralizare deficitară a smalţului şi deci o rezistenţă scăzută faţă de agenţii cariogenetici. Pe de altă parte, făinoasele şi dulciurile cresc aciditatea mediului bucal, favorizînd procesele de demineralizare la suprafaţa smalţului şi, respectiv, instalarea cavităţii carioase.

Un rol deosebit este acordat aşa-zisei „plăci dentare", care se organizează pe suprafaţa smalţului, de predilecţie în anumite zone mai puţin accesibile autocurăţirii şi sub care se produce o coborîre importantă a pH-ului, ceea ce determină demineralizări locale.

În formarea plăcii dentare intervine activ flora microbiană bucală, exacerbată de o igienă deficitară şi de rămînerea, în spaţiile interdentare sau în alte zone retentive, a resturilor alimentare, care fermentează, suferind degradări incomplete. Şi în producerea parodontopatiilor este dovedită influenţa alimentaţiei atît prin componenţa sa în diversele principii nutritive, care intervin în tonificarea ţesuturilor parodontale, cît şi ca mod de preparare, nesolicitînd masticaţia şi, respectiv, nestimulînd activ, fiziologic, procesele metabolice de la nivelul acestor ţesuturi. Studiile electronomicroscopice, cercetările histochimice şi de enzimologie, studiul irigaţiei ţesuturilor parodontale prin capilaroscopie etc. au pus în evidenţă modificări în stadiile incipiente ale afecţiunii.

— Care sînt elementele noi survenite în terapia şi profilaxia acestor îmbolnăviri şi în ce măsură experienţa şcolii medicale româneşti şi a clinicii conduse de dvs. şi-au adus contribuţia ?

— În profilaxia cariei, fluorizarea, care, după date recente, reduce cu peste 50% frecvenţa afecţiunii, a fost amplu cercetată, studiindu-se eventualele efecte nocive. S-a

ajuns la concluzia că în doze cariioprotectoare nu se produc tulburări semnificative osoase, cardiorenale sau neurologice, după cum existau unele supoziții cu ani în urmă. Metoda este insistent recomandată de Organizația Mondială a Sănătății. S-au diversificat procedeele de administrare a fluorului (comprimate, aplicații tipice de durată cu ajutorul mulajelor, aplicații prin ionoforeză, pastă de dinți, lacuri dentare etc.) și s-au sintetizat noi compuși de fluor, mai activi.

Clinicile universitare de stomatologie din București, Cluj-Napoca, Iași, Timișoara și Tg. Mureș, ca și numeroase unități de asistență stomatologică din țară, au căutat nu numai să adopte cu discernămînt ceea ce se realizează ca valabil în știința și practica stomatologiei pe plan internațional, dar să pună ele însele la punct metode și tehnici menite să îmbunătățească nivelul calitativ al asistenței de specialitate.

Sînt unele domenii în care au fost aduse contribuții utile ca, de exemplu, în studiul formelor de debut al cancerului bucal și al metodelor de diagnostic precoce în chirurgia de eradicare oncologică, în tratamentul despicăturilor congenitale labio-maxilo-palatine, în corectarea unor anomalii ale oaselor maxilare, în reconstituirea reliefului alveolar la edentații prin autotransplantare de cartilagiu, în anchiloza temporomandibulară prin artroplastia cu interpoziție de piele totală, în defectele feței și ale maxilarelor prin procedee adecvate de plastie etc. Unele din acestea au intrat în patrimoniul științific al specialității, fiind adoptate de specialiștii din diverse țări și reproduse larg în tratatele și monografiile de specialitate.

— Ca reputat om de știință și pedagog, cum ați contribuit la consolidarea stomatologiei moderne românești, precum și la relațiile de cooperare dintre specialiștii din diferite țări? Ne-ar interesa să cunoaștem posibilitățile de care dispune medicina în prezent și în viitor în tratarea unor afecțiuni mai dificile și, în special, în tratarea cancerului buco-dentar.

— În ce privește cancerul buco-maxilo-facial, perfecționarea metodelor de investigație ca, de exemplu, coloratia intravitală, stomatoscopia, citologia exfoliativă sau prin puncție, scintigrafia, termografia etc., fac posibil un diagnostic cît mai precoce, evident cu mai mari șanse terapeutice. Chirurgia păstrează încă un loc prioritar în eradicarea unor anumite localizări tumorale ca, de exemplu, în cancerul oaselor maxilare, al glandelor salivare, al buzelor, obrazului. Posibilitățile moderne de anestezie și reanimare permit rezecții tisulare întinse, pentru radicalizarea oncologică locoregională, cu riscuri vitale diminuate, iar progresele înregistrate în chirurgia plastică fac posibilă reconstituirea morfologică și funcțională a feței, compatibilă cu o viață socială cît mai normală.

Noi am experimentat cu succes terapia intratisulară, prin împușcarea cu granule de Au 198 (cu pistolul Hodt) în anumite localizări ale cancerului (planșeul bucal, limbă, comisura intermaxilară) și consider că metoda deschide o posibilitate reală în aceste forme în care chirurgia sau radiațiile ionizante, aplicate prin metodele clasice, nu sînt eficiente.

Desigur, medicina viitorului, prin eforturile intense care se depun pe plan mondial, va ajunge la cunoașterea deplină a bolii canceroase și, respectiv, la descoperirea tratamentului adecvat, care să poată stăvili complet procesul neoplazic. În acest sens mi-aș permite să consider că imunologia deschide un drum promițător în tratamentul cancerului, ca și chirurgia maxilo-facială. Este, dealtfel, și una din concluziile desprinse cu ocazia celui de-al II-lea Congres mondial al specialiștilor din domeniul chirurgiei stomatologice, ținut în luna mai a.c. la noi în țară, ca o recunoaștere a prestigiului școlii medicale românești, a experienței sale și în acest domeniu spinos al bolii canceroase.

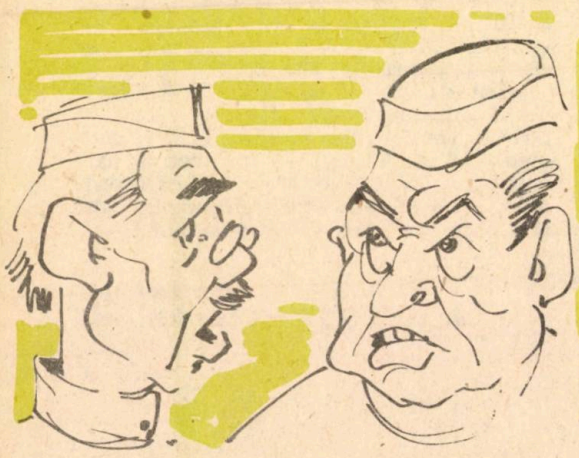
Reprezentanți ai chirurgiei maxilo-faciale și reputați oameni de știință din peste 30 de țări, printre care: R.D.G., R.F.G., R. P. Bulgaria, R. P. Ungară, Grecia, U.R.S.S., Anglia, Filipine, Israel, Turcia, Belgia, Brazilia, Canada, S.U.A. etc. au prezentat peste 250 de lucrări în domeniul luptei anticanceroase, din care circa 80 aparțin specialiștilor români. Încă o dată, medicina românească — de această dată chirurgia stomatologică — împărtășește din experiența sa specialiștilor din alte țări, obținînd numai cuvinte de laudă.

Realizat de:
dr. GEORGE M. GHEORGHE

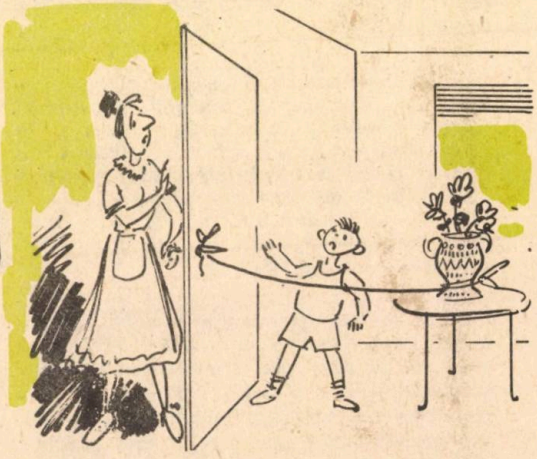
Culmea...

ANESTEZISTULUI : la operație, să adoarmă cu... povești.
AUTOPSIERULUI : să facă necropsia unui corp... geometric.
BALNEOLOGULUI : să prescrie băi... galvanizate.
CARDIOLOGULUI : să deblocheze o arteră... rutieră.
CHIRURGULUI : să folosească bisturiul la o operație... matematică.
DERMATOLOGULUI : să trateze coșurile de... fabrică.
FARMACISTULUI : să prepare o rețetă... culinară.
MAMOȘULUI : să asiste la nașterea unui... conflict.
OFTALMOLOGULUI : să trateze cataractele... Nilului.
O.R.L.-ISTULUI : să consulte un gît de... stielă.
ORTOPEDULUI : să pună în ghips un picior de... plai.
PEDIATRULUI : să dea untură de pește unui mititel la... grătar.
RADIOLOGULUI : să facă radiografia brațelor... Dunării.
UROLOGULUI : să extirpe din rinichi o piatră... acră.
VETERINARULUI : să vaccineze un cățel de... usturoi.

V. D.-POPA



— COLEGA, DE CE NU SPUI ADEVĂRUL PACIENȚILOR ?...
— AȘ FACE-O, COLEGA... DACĂ L-AȘ ȘTI!?...



— GATA, GIGELE ? ȚI-AI LEGAT DINTELE ?
— DA, MAMA, POȚI SĂ TRAGI. ÎȚI PROMIT CĂ N-O SĂ PLÂNG !...

Deviațiile COLOANEI VERTEBRALE la copii

Deviațiile coloanei vertebrale — scoliozele și cifozele — continuă să constituie o preocupare nu numai pentru medicii specialiști, dar și pentru părinții și educatorii copiilor. Dealtfel, statisticile efectuate în ultima vreme demonstrează că tulburările posturale, alături de viciile de vedere, interesează un număr însemnat de copii, aflați în perioada școlarității.

Frecvența acestor afecțiuni și, în special, evoluția lor spre agravare pe toată perioada creșterii, cu apariția complicațiilor secundare, care compromit nu numai estetica, dar mai cu seamă sănătatea copilului, justifică atenția deosebită ce li se acordă.

Dar pentru o mai bună înțelegere a cadrului patologic respectiv, considerăm necesar să subliniem cîteva noțiuni de anatomie și fiziologie a coloanei vertebrale.

Coloana constituie un sistem complex, necesar funcțiilor de susținere, mobilizare și deplasare a corpului omenesc. Pentru a răspunde acestor sarcini, coloana este constituită din 33 de vertebre suprapuse și articulate între ele, astfel încît realizează în ansamblu 3 curburi regionale: curbura cervicală, dorsală și lombară. Vertebrele, articulațiile intervertebrale, dispoziția curburilor, ca și ansamblul mușchilor înconjurători, asigură nemijlocit funcții statico-dinamice, indispensabile omului în viața de toate zilele. Concomitent, coloana vertebrală protejează măduva spinării, pe care o adăpostește în canalul medular.

Coloana, segment axial al organismului, se află într-un echilibru stabil, deși este supusă tuturor solicitărilor mecanice, inerente activității, ca și efectelor gravitației. În mod normal, ea rezistă cu succes, adaptîndu-se necesităților fiziologice. Dacă forțele de solicitare mecanică depășesc capacitatea de rezistență a componentelor sale, apare un dezechilibru, cu prăbușirea treptată a „șirei spinării" lateral (scolioza) sau înapoi (cifoza).

În ce situații apare acest dezechilibru? În mod obișnuit este mai expus copilul care crește rapid, așa cum se întîmplă la pubertate. Grupele musculare nu mai sînt capabile să mențină cu aceeași vigoare echilibrul coloanei, dînd naștere unei ținute vicioase. Forțele de suprasolicitare se adaugă și ele, agravînd situația, ca într-un cerc vicios. Dacă pe lîngă această cauză favorizantă intervin și alți factori generali ca: boli toxiinfecțioase, digestive, carențe diverse sau unele boli ale coloanei, atunci forțele mecanice vor acționa pe un teren fragil, cu șanse mari de apariție a deviațiilor vertebrale.

SCOLIOZELE sînt afecțiuni manifestate prin una sau mai multe curburi, în plan frontal, ale coloanei vertebrale. Deformarea apare la peste 1% din totalul copiilor, predomină la sexul feminin și poate surveni la orice vîrstă, sub diferite forme clinice. Se deosebesc două mari categorii de scolioze, bine individualizate.

— **Atitudinea scoliotică** sau **scolioza nestructurală,** reprezentată de o simplă curbură vertebrală, nedureroasă și reductibilă, în care atît prognosticul, cît și tratamentul sînt favorabile. În această situație, vertebrele nu sînt alterate, iar curburile sînt rezultatul unei ținute vicioase și neglijente, pe care o adoptă școlarii în bancă, ea fiind întîlnită mai ales la copiii longilini, cu musculatura trunchiului slăbită, sau la copiii cu miopie și hipoacuzie, care instinctiv se apleacă lateral, pentru a-și corecta deficiența. Alteori, viciul postural survine la copiii care prezintă o scurtare a

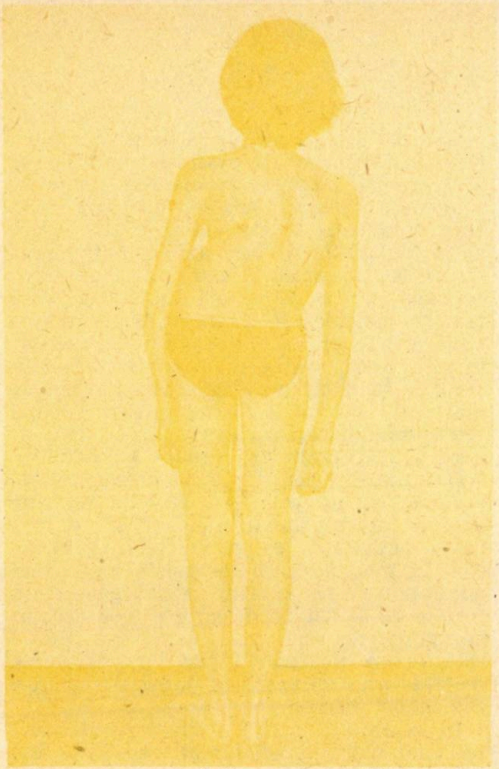


Fig. 1 — **Scolioză idiopatică juvenilă gravă în regiunea dorsală, de partea dreaptă, la o adolescentă.**

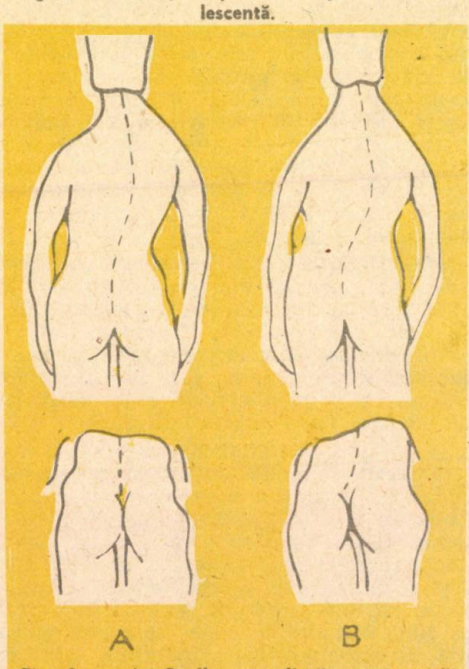


Fig. 2 — A. **Copil cu scolioză nestructurală. Prin aplecare înainte, curbura vertebrală se reduce.** B. **Copil cu scolioză structurală. Prin aplecare înainte, curbura nu se reduce.**

membrului inferior, în urma unei paralizii sau după o veche fractură.

— **Scolioza propriu-zisă** sau **structurală** reprezintă cea de a doua mare categorie de scolioze. Ea prezintă modificări de formă ale vertebrelor, articulațiilor și mușchilor susținători ai coloanei. În acest caz, vertebrele sînt mai mult sau mai puțin deformate, îngustate lateral și răsucite în axul lung. Aceste modificări determină și deformări caracteristice ale toracelui.

Scoliozele structurale pot fi **congenitale;** în această situație, ele sînt descoperite după naștere și se datoresc unei dezvoltări anormale a vertebrelor încă din viața intrauterină, ca de exemplu : jumătăți de vertebră (hemivertebră), vertebre cuneiforme, suduri intervertebrale etc. Evoluția curburii dorsale sau lombare, de exemplu, poate continua timp îndelungat, pînă la terminarea creșterii osoase generale, rezultînd modificări inestetice și tulburări funcționale.

În categoria scoliozelor structurale se încadrează și **scoliozele neurologice,** care sînt urmarea unei paralizii infantile (frecvente altădată) sau apar după alte boli nervoase (neurofibromatoză etc.). În această formă, dezechilibrarea trunchiului se accentuează progresiv, fiind favorizată și de existența unor paralizii ale membrelor inferioare, atrăgînd în timp perturbări importante ale staticii și ale mersului.

Cel mai frecvent (80% din cazuri), se întîlnesc scoliozele **idiopatice,** de cauză încă necunoscută.

Avînd în vedere criteriul vîrstă, în cadrul scoliozelor idiopatice se disting :

— **Scolioza infantilă,** care poate surveni la vîrsta de 3 ani și apare ca o curbură amplă dorso-lombară de partea stîngă, curbură care poate uneori regresa, pînă la dispariție. Cel mai adesea însă, evoluția este îndelungată, ajungînd pînă la vîrsta adultă la deformări monstruoase.

— **Scolioza juvenilă** este mai frecventă și survine în preajma apariției primelor semne de pubertate. Tabloul clinic este dominat de o curbură, de obicei dorso-lombară dreaptă, care evoluează rapid, agravîndu-se cu deosebire în perioada crizei pubertare.

— **Scolioza adolescentului** apare după pubertate și evoluează pe o perioadă mai scurtă, pînă la terminarea creșterii osoase (aproximativ 18 ani la fete și 20 de ani, la băieți). Din aceste motive, degradarea curburii este mai redusă decît la primele forme.

În ceea ce privește localizarea, scoliozele pot fi dorsale și dorso-lombare (mai grave), lombare și combinate sau cu dublă curbură (mai puțin grave).

În evoluția diferitelor forme de scolioză, este caracteristică accentuarea continuă a diformității vertebrale în perioada creșterii, accentuîndu-se mai mult în timpul pubertății.

Pe lîngă aspectul inestetic, evident, pe care-l au acești copii, mai importante sînt complicațiile generate de coloana deviată, cu deformare toracică, care stînjenesc funcția aparatelor : cardiorespirator, digestiv, nervos etc. Prejudiciul estetic și funcțional se repercutează și asupra psihicului acestor bolnavi, care devin sfioși, izolați, evită jocurile și tovărășia altor copii.

Printr-un tratament adecvat, se poate atenua sau chiar sista evoluția bolii, cu condiția ca aceasta să fie depistată cît mai precoce.

Examenul atent al copilului în picioare și complet dezbrăcat atrage ușor atenția asupra prezenței curburilor vertebrale, uneori avînd aspectul de cifoscolioză, cu umărul ridicat de partea gibusului și cu toracele scobit de partea opusă.

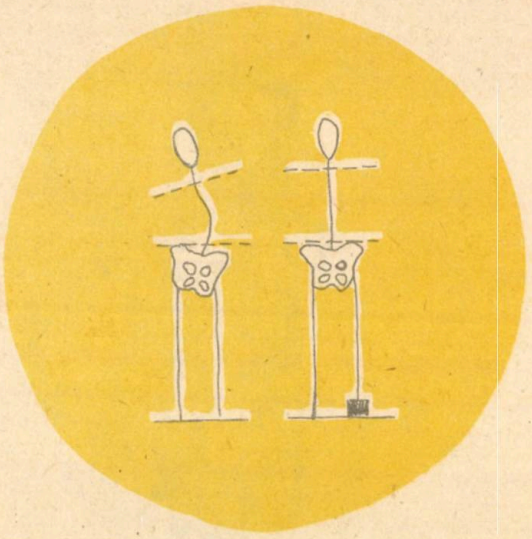


Fig. 3 — **Scolioză posturală datorită scurtării membrului inferior. Diformitatea se reduce odată cu utilizarea unei ghete ortopedice cu înălțare.**

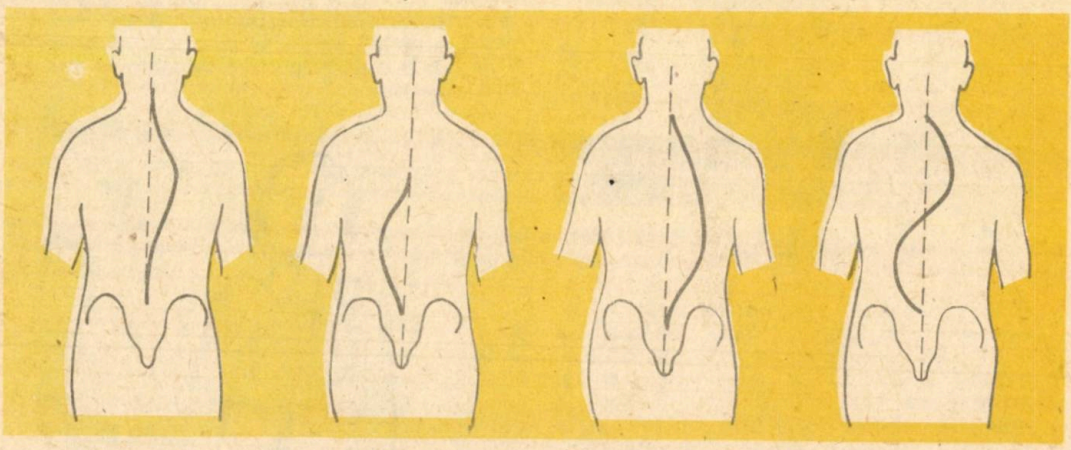


Fig. 4 — **Aspectul scoliozelor după localizarea curburii vertebrale.**

De remarcat faptul că acești copii nu acuză nici un fel de durere, decît în mod excepțional, din cauza oboselii mușchilor paravertebrali, fapt ce explică întîrzierea în prezentarea la medic. Așadar, atragem atenția asupra necesității examenului medical periodic al copiilor școlari, în vederea diagnosticării precoce a deviației, cunoscut fiind faptul că, cu cît boala este depistată din timp, cu atît tratamentul corector se instituie din vreme, iar rezultatele sînt, evident, superioare.

Dar ce urmărește tratamentul la copiii scoliotici ? Ca prim obiectiv, se are în vedere corectarea pe cît posibil a deformației vertebro-toracale, tonificarea funcțiilor musculare, respiratorii și a stării generale deficitare. În al doilea rînd, se urmărește menținerea rezultatelor obținute prin diferite mijloace curative, pe toată perioada creșterii.

Aceste deziderate se realizează numai printr-o terapie complexă, aplicată după caz, fie la spital sau policlinică, fie la domiciliul pacientului.

În ceea ce privește **tratamentul,** în scolioza nestructurală, acesta este mai simplu și constă din : gimnastică medicală, repaus pe pat tare (scînduri sub saltea), poziție corectă a trunchiului la școală și

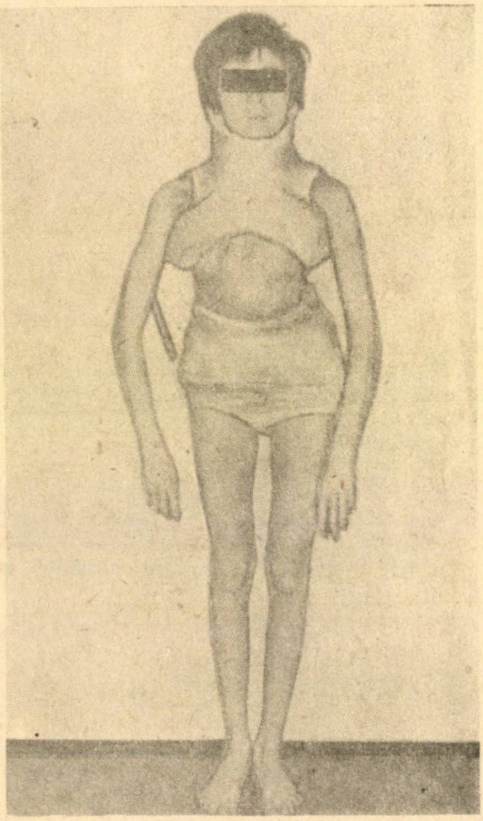


Fig. 5 — **Corset gipsat pentru corecția coloanei prin întindere progresivă.**

acasă, controlul eventualelor defecte de auz sau văz, sporturi care necesită un efort moderat (înotul etc.). În caz de inegalitate a membrelor inferioare, medicul ortoped va lua măsuri de egalizare a acestora, după caz, prin adaos, spre exemplu, la tocul ghetei. Este contraindicată aplicarea corsetelor ortopedice.

Tratamentul scoliozelor propriu-zise este, în schimb, mult mai complex și mai dificil, depinzînd atît de vîrstă, cît și de forma clinică. În general, tratamentul diverselor forme de scolioză este asemănător. Astfel, scolioza idiopatică, cu o curbură vertebrală moderată, sub 30° (prin calcul radiografic), beneficiază de un tratament similar cu cel indicat în atitudinea scoliotică, cu condiția unei permanente supravegheri de către specialist. În cazul unei curburi mai accentuate, sub 50°, tratamentul se schimbă, necesitînd internarea intermitentă a copilului în spital. Pe lîngă gimnastica medicală intervin susținut și procedeele ortopedice. În acest sens, se aplică după caz, fie corsete gipsate corectoare, timp de aproximativ 6 luni, fie corsete ortopedice din mase plastice, tip Milwaukee, confecționate la Întreprinderea de produse ortopedice și protezare a Ministerului Sănătății, care se mențin pe o perioadă de cîțiva ani. Pentru consolidarea rezultatelor, se aplică, în continuare, alte corsete ortopedice, ce vor fi purtate cu întrerupere pînă la terminarea creșterii osoase. În acest corset, copilul merge la școală, mănîncă, doarme, scoțîndu-l doar 2 ore pe zi pentru igiena generală.

Este incredibil cît de repede se adaptează copiii cu această situație, mai curînd decît părinții, care, de multe ori, impresionați, slăbesc supravegherea tratamentului.

Cînd curbura scoliozelor depășește 50°, situația devine gravă, tratamentul fiind preluat, în continuare, de chirurgia ortopedică. Operația constă din redresarea curburii, prin tracțiunea coloanei vertebrale, manevră executată pe masa ortopedică, precum și prin efectul de întindere a unui dispozitiv metalic, aplicat pe vertebre (procedeul Harrington). După obținerea corecției dorite, se recurge la fixarea zonei vertebrale respective cu ajutorul grefelor osoase.

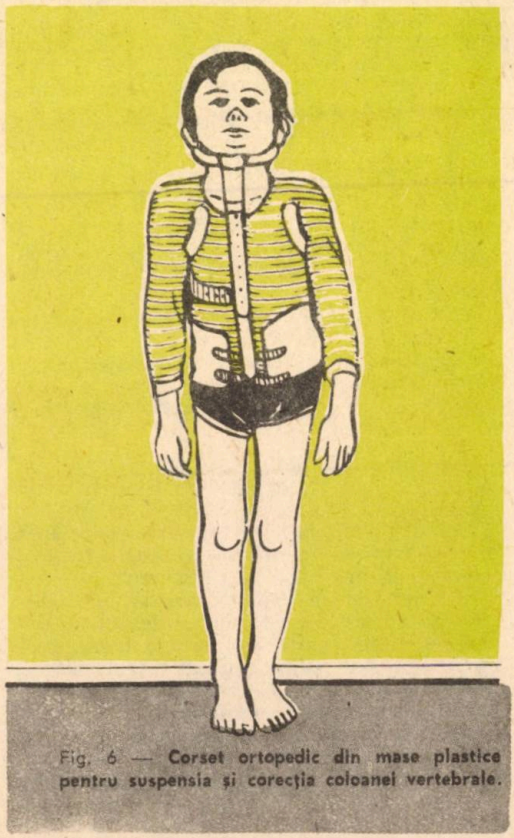


Fig. 6 — **Corset ortopedic din mase plastice pentru suspensia și corecția coloanei vertebrale.**

După operație, copilul este imobilizat în corset gipsat și apoi ortopedic, pînă la consolidare. Este operația cu rezultatele cele mai satisfăcătoare, permițînd corectări de 50% ale curburilor, după care copilul se poate reintegra aproape normal în viața de toate zilele.

În concluzie, tratamentul actual al scoliozelor, deși lung și dificil, cu unele complicații și rezultate nesatisfăcătoare, obține totuși rezultate superioare celor de altădată. Succesele terapeutice sînt asigurate și de colaborarea strînsă dintre medici și toți aceia care îngrijesc copilul.

CIFOZA reprezintă o altă diformitate a coloanei vertebrale, produsă de o deviație în plan median, cu exagerarea curburii dorsale fiziologice. Se întîlnesc multiple forme de cifoză, dar cea mai frecventă aparține vîrstei copiilor care se îndreaptă spre adolescență.

La școală, pe terenul de sport sau acasă, educatorii sau părinții pot avea surpriza neplăcută de a observa la unii copii un spate mai proeminent. În această situație, medicul va distinge două afecțiuni.

Este vorba, în primul rînd, de **atitudinea cifotică** sau **spatele rotund**, o afecțiune posturală, care apare de obicei la fete longiline, astenice, și care nu-și pot corecta singure ținuta dizgrațioasă, în care capul și umerii sînt aplecați înainte, coloana dorsală este bombată în spate, iar abdomenul proeminent.

Coloana astfel modificată este totuși suplă și nedureroasă, dar oboseala și diferite boli carențiale sau astenizante duc la accentuarea curburii, care devine dureroasă, din cauza mușchilor paravertebrali, care nu mai reușesc să mențină echilibrul coloanei.

Prin analogie cu atitudinea scoliotică, vertebrele nu prezintă modificări patologice, această formă de cifoză apărînd în cadrul unui dezechilibru general de creștere.

Tratamentul va consta din : gimnastică medicală corectoare și întăritoare, repaus pe pat tare, fără pernă sub cap, autocontrolul ținutei, evitarea eforturilor fizice, tratament general etc.

Cealaltă afecțiune ce se poate distinge se referă la **cifoza juvenilă** sau **epifizita vertebrală** (boala Scheuermann), care apare la pubertate, în special la băieți. Treptat, se instalează o curbură cifotică a spatelui, rigidă și dureroasă de această dată, durere ce se exacerbează după efort. Vertebrele au structura modificată, devin turtite cuneiform, printr-un mecanism de fragilizare a țesutului osteocartilaginos local.

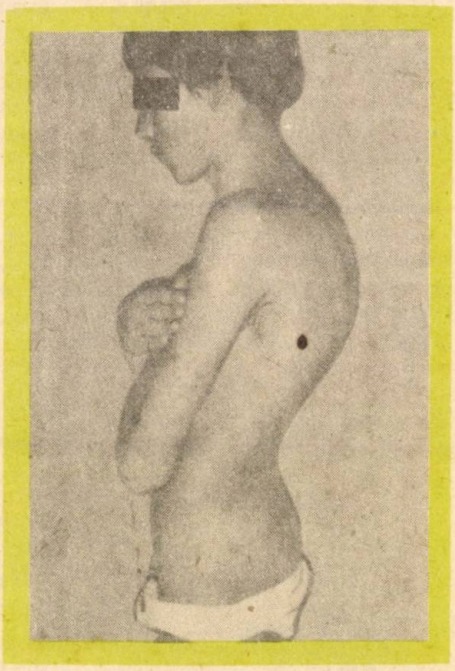


Fig. 7 — **Cifoză accentuată.**

Fig. 8 — **Corset gipsat folosit în tratamentul unei cifoze avansate.**

Curbura sau gibusul rezultat se accentuează continuu, datorită forțelor de presiune gravitațională, care suprasolicită coloana în ortostatism. Dacă boala este neglijată, la vîrsta adultă spatele devine intens deformat și dureros, prin apariția unei discartroze (spondiloză) secundare, inevitabile.

Remediul terapeutic este în raport cu gravitatea bolii. În formele moderate, este asemănător cu cel din atitudinea cifotică, iar în cele cu gibus exagerat și rigid, se recurge la tratamentul ortopedic, prin aplicarea corsetelor corectoare, gipsate și ortopedice, succesiv, pînă la terminarea creșterii.

Din cele expuse, reiese necesitatea stringentă a depistării la timp a diferitelor deviații ale coloanei vertebrale de către cei din jurul copiilor. Numai în acest mod, specialistul ortoped poate aplica la timp tratamentul corespunzător, în măsură să corecteze aspectele inestetice și să prevină complicațiile funcționale severe, care, în final, compromit sănătatea copilului.

Prof. dr. O. Medrea

BROASCA și vulpea

(FABULĂ DE ESOP)

O broască dintr-o baltă striga spre dobitoace :
— „Sînt vraciul cel mai mare. Eu chiar minuni pot face !
Cunosc azi mii de leacuri și-o spun, fără sfială,
Că eu pot să vă vindec rapid, de orice boală".
O vulpe, auzind-o, îi spuse șugubeață :
— „Dacă ai fi întocmai atîta de isteață
Și-atîta de savantă, precum mereu te crezi,
Te-ai vindeca pe tine. Nu vezi cum schiopătezi ?!"

Traducere de :
GABRIEL TEODORESCU

DURERILE DE PICIOARE

Durerile de picioare, resimțite la fiecare pas, pot fi sau pot deveni foarte supărătoare, restrîngînd aria de deplasare sau jenînd exercitarea unor profesiuni.

La om, piciorul este organ de suport și de mers, avînd o constituție anatomică proprie acestor funcțiuni. În parte, se poate considera ca un arc compus dintr-un cadru osos (fig. 1), menținut prin tonusul fiziologic al mușchilor și ligamentelor. De fapt, la picior se descriu două arcuri sau bolți : longitudinal intern (bolta internă) și anterior (transversal) sub baza degetelor, acesta din urmă fiind tranzitoriu (dispare în cursul sprijinului pe ambele picioare și reapare după descărcarea de greutatea corporală).

În timpul ortostatismului (ședерii „în picioare") nu toată planta (talpa piciorului) are sprijin direct pe sol, ci numai o parte a acesteia, existînd trei puncte de sprijin maximal (fig. 2). Modul în care piciorul se sprijină pe sol se poate studia prin luarea amprentei plantare (talpa piciorului unsă cu vaselină este sprijinită pe o hîrtie neagră pudrată cu talc) și prin examinare podoscopică sau examene complexe, care informează mai exact asupra presiunilor exercitate pe fiecare zonă de sprijin (barodografie).

Situațiile în care apar dureri la picioare sînt numeroase. În primul rînd, în cursul bolilor reumatismale : poliartrita reumatoidă, anumite forme de spondilartrită anchilozantă, sindrom Reiter, reumatism poststreptococic, guta, artropatia psoriazică, artropatia diabetică, artropatia tabetică etc. În afara acestor boli, există o serie de alte condiții generatoare ale durerilor de picioare : stări posttraumatice și postimobilizare, tulburări circulatorii arteriale sau venoase, deformații congenitale și, mai ales, tulburările statice care presupun slăbiciune musculară, relaxare ligamentară și deformarea piciorului.

Tulburările statice ocupă un loc atît de important printre cauzele de suferință ale picioarelor încît unii cercetători, preocupați de această problemă, le estimează la aproximativ 90%. În apariția acestor tulburări, în afara constituției propriu-zise a piciorului, intervin o serie de factori favorizanți sau agravanți.

Printre aceștia menționăm : obezitatea, încălțămintea necorespunzătoare (prea scurtă și/sau prea strîmtă, tocuri prea înalte), profesiuni care presupun mers și ortostatism prelungite (poștași, ospătari, stomatologi, frizeri etc.), varicele membrelor inferioare, tulburări statice în celelalte articulații ale membrului inferior (genunchi în „X" sau în „paranteză", luxații sau subluxații ale șoldului etc.).

Încălțămintea, fie ea prea scurtă, prea strîmtă, prea rigidă, constituie, cu siguranță, unul din factorii care predispun la suferință atîta vreme cît piciorul, care are o alcătuire anatomică și funcțională atît de complexă, este constrîns să fie sechestrat în astfel de structuri, care nu corespund de fapt formei piciorului. O încălțăminte imperfectă, necorespunzătoare din punct de vedere al comodității piciorului atît în repaus, cît și în timpul mersului, creează, fără îndoială, o întreagă patologie dureroasă și infirmizantă. Pe lîngă modificări ale piciorului normal, atrofii musculare și insuficiențe ligamentare, dureri ale coapselor și ale spatelui, considerate uneori de natură reumatică, au drept cauză tot o încălțăminte necorespunzătoare.

Dar cunoașterea din timp a tulburărilor statice permite luarea unor măsuri menite să ducă nu numai la ameliorarea acestora, dar și la evitarea factorilor predispozanți.

Tulburările statice cele mai obișnuite sînt : piciorul plat și piciorul scobit (cavus).

PICIORUL PLAT presupune reducerea pînă la dispariție a arcului intern (al bolții piciorului în partea sa internă), pe amprenta plantară apărînd o lărgire a bandei de sprijin a piciorului pe sol, cu atît mai mare cu cît deformarea este mai pronunțată. Normal, această bandă este 1/3 din lățimea plantei (fig. 3).

La copilul mic, care începe să meargă, piciorul plat este aproape fiziologic, dar trecător. De obicei, părinții remarcă acest

Fig. 1

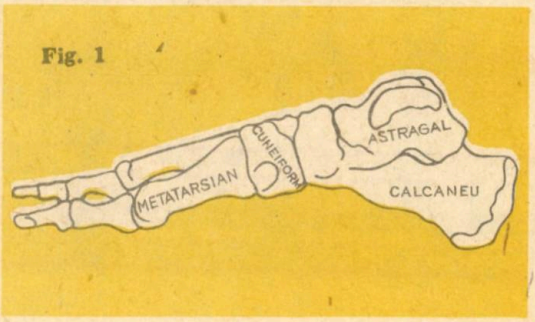


Fig. 2

lucru şi se neliniştesc. Oricum, un control la fiecare trei luni este binevenit, mai ales în situaţia în care ar putea fi vorba de un picior plat constant şi nu trecător. În acest caz, se va iniţia un program de gimnastică corespunzător, nefiind necesar un suport al bolţii interne, ci, eventual, numai o înălţare mică, internă, sub călcîi, care se opune răsturnării în afară a piciorului. În general, la copil, piciorul plat nu este dureros.

La adolescent, piciorul plat poate deveni dureros la oboseală (activităţi profesionale, sportive, marşuri), cînd se recomandă purtarea de susţinătoare plantare („talonete"), dar acestea nu înlocuiesc gimnastica, masajul şi, eventual, fizioterapia.

La adult, piciorul plat se poate prezenta sub mai multe variante :

— picior plat intern asociat cu deviaţie în afară a călcîiului *(talus valgus)* ;

— deviaţie în afară a călcîiului, fără prăbuşire importantă a bolţii interne *(talus valgus* izolat) ;

— picior anterior plat ; arcul anterior nu numai că este prăbuşit, dar din concav sau plat devine convex, ceea ce determină apariţia unor zone de presiune maximă sub baza celui de al doilea şi al treilea deget, cu formarea unor calozităţi (bătături) foarte dureroase.

Piciorul plat anterior se poate asocia cu prăbuşirea bolţii interne, realizîndu-se piciorul plat complet. Cel mai adesea, se asociază piciorului scobit, întîlnit frecvent în condiţiile insuficienţei musculoligamentare a piciorului, care apare la femei după menopauză. Uneori, piciorul anterior plat se asociază cu o deviere în afară a degetului mare *(hallux valgus)*, eventual şi cu deformaţia celorlalte degete, care se retractă (degete „în ciocan"). Dar aceste deformaţii ale degetelor pot apărea şi izolat, avînd drept cauză comună o înclinaţie prea mare a primului os metatarsian (fig. 4). Deformaţia degetului mare *(hallux valgus)* este pe cît de inestetică, pe atît de generatoare de dureri în ortostatism şi mers, şi se întîlneşte destul de frecvent la femei.

PICIORUL SCOBIT, a doua deformaţie importantă a piciorului, este, de asemenea, întîlnit adesea, dar mai puţin remarcat de purtătorii deformaţiei, din cauza bunei toleranţe atît în copilărie, cît şi în adolescenţă şi în prima perioadă a vieţii adulte. Cu trecerea anilor, determină suferinţe importante, mai ales cînd apare retracţia dorsală a degetelor, cu durioane (bătături) dezagreabile.

În principal, piciorul scobit se caracterizează prin accentuarea bolţii interne, contactul cu solul fiind limitat, în grade variate. O zonă importantă de sprijin o constituie talonul (călcîiul), care adesea este deviat înăuntru *(talus varus)* (fig. 5). Asocierea frecventă a piciorului scobit cu picior anterior plat şi retracţia degetelor face ca persoanele cu aceste deformaţii să aibă dureri, mai ales la degete, care se agravează prin purtarea de tocuri înalte, din cauza transferului greutăţii corporale la acest nivel.

Cunoaşterea existenţei acestor tulburări statice încă din copilărie sau adolescenţă este deosebit de importantă, deoarece gimnastica pentru corectarea defectelor şi prevenirea fixării lor are cele mai multe

Fig. 3

Fig. 4

șanse în această perioadă. Sînt însă unele exerciții, care, efectuate cu perseverență mai tîrziu, în viața adultă, aduc un important beneficiu. Astfel, de exemplu, menționăm pe cele care se opun retracției degetelor, devierii în *valgus* a degetului mare sau cele care fac ca tendonul ahilian să devină mai suplu.

Susținătoarele plantare (talonetele) degajează zonele supraîncărcate din cauza defectului static și se recomandă purtarea lor în timpul activității, rezervîndu-se ocazia scoaterii lor în vederea efectuării exercițiilor de gimnastică și a mersului cu piciorul gol, atunci cînd există prilejul (pe nisip, la plajă). Durerile mai pot fi ameliorate prin masaje și unguente antiinflamatorii. La adulți, dacă suferințele nu se ameliorează în urma tratamentelor medicale, se impune intervenția ortopedico-chirurgicală, ea fiind urmată de bune rezultate.

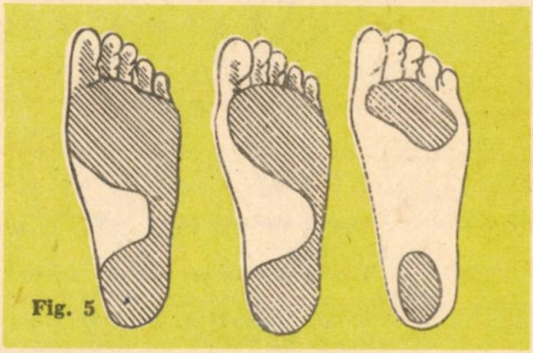


Fig. 5

Dr. MARIETA STOICESCU
Centrul metodologic de reumatologie

EPIGRAME

RECOMANDARE

Dacă vrei s-alungi tristețea,
Bea rachiu, nu fi hapsîn,
Că-ți menține tinerețea :
Nu apuci s-ajungi bătrîn !

GEOGRAFUL LA MEDIC

— De ce suferi ? Ce te doare ?
Pămîntiu te văd la ten !
— Am dureri îngrozitoare
La nord-est de duoden ..

CĂUTARE ZADARNICĂ

Ca să nu te doară dinții,
De vreun ceas mă tot căsnesc
Să-ți extrag măseaua minții,
Dar la tine n-o găsesc...

UNUI BOLNAV DE RINICHI

M-au trimis ai mei la mare,
Dar să mă tratez nu-i chip,
Căci pe plajă și-n solare
Dau mereu doar de nisip.

UNUI DIRECTOR

Dumnealui, nimic de spus,
E principial de fel,
Critica de jos în sus
O admite pîn-la el.

Teodor Marlcaru

SĂNĂTATEA COPIILOR DE AZI, SĂNĂTATEA ADULȚILOR DE MÎINE!

Copiii, bucuria vieții, trăinicia familiei, generația de mîine, chezășia dezvoltării neamului!

Copiii, farmecul zilelor noastre, poezia tinereții, optimism și bună dispoziție!

Copiii, murmur de primăvară, veselie și sinceritate!

Copiii, fie ei mici sau mari, reprezintă cartea noastră de vizită.

Îi dorim voinici și sănătoși, exuberanți și inventivi, așa cum îi stă bine copilăriei fericite. Și toate acestea depind de noi, de cei care îi creștem și ne ocupăm de dezvoltarea lor, de educația lor, de pregătirea lor pentru viață.

Iată de ce, în acest context al semnificației primei etape a vieții, ne permitem să recomandăm părinților și cîteva sfaturi medicale referitoare la: dezvoltarea neuroendocrină și pubertatea, rolul factorilor naturali în călirea organismului, prevenirea unor factori de risc din copilărie cu efecte tardive, rolul copilului în viața de familie.

Răspunsurile la toate aceste întrebări le-am obținut în urma unor convorbiri avute cu: prof. dr. Marcela Pitiș, șefa Catedrei de endocrinologie, conf. dr. Lucia Butucea-Vătășescu, șefa Clinicii de puericultură, conf. dr. Pompiliu Popescu, șeful Clinicii a III-a medicale a Spitalului municipiului București și prof. dr. Traian Rebedea, șeful Clinicii de obstetrică și ginecologie a Spitalului municipiului București.

Prof. dr. **Marcela Pitiș**

SISTEMUL ENDOCRIN ȘI PUBERTATEA TIMPURIE

În toate țările dezvoltate economic sau în curs de dezvoltare, s-a constatat o tendință a scăderii vîrstei pubertare și a apariției ei timpurii, însoțită și de creșterea înălțimii. Deși la început toate aceste aspecte au fost atribuite numai factorului genetic, mai tîrziu oamenii de știință au adăugat și efectele factorilor economico-sociali și de mediu.

În general, tot acest proces endocrin era cunoscut de multă vreme în țările nord-vestice, observîndu-se în decurs de circa 100 de ani o scădere a vîrstei pubertare la fete, de la 16—17 ani la 13—14 ani. De asemenea, observații făcute în țările Extremului Orient au arătat că fetele care au crescut în țările occidentale au pubertatea mai timpurie față de cele din țara natală. Mai recent, s-a constatat că și în aceste țări există o tendință la pubertate mai timpurie, ca și creșterea medie a taliei (circa 14 cm), fapte care subliniază, evident, rolul factorilor de mediu. Aceștia sînt deosebit de complecși. Astfel, factorii geoclimatici nu par a fi esențiali, pubertatea la fete în jurul vîrstei de 13 ani fiind observată atît în țările tropicale, cît și în cele cu climă temperată. Cît privește factorii alimentari, aceștia sînt importanți, dar nu exclusivi, și devin esențiali cînd sînt asociați altor factori prezenți în mediul înconjurător.

Excluzînd factorii genetici, prezenți într-un număr restrîns de cazuri, precum și unele diferențe regionale moderate, în special în zonele carențate în iod, în majoritatea cazurilor cu pubertate întîrziată, însoțite și de întîrzieri în creștere, cauza o

constituie slaba educație sanitară a părinților, nerespectarea și felul greșit în care aceștia aplică unele reguli de igienă. Iată de ce trebuie să ne concentrăm atenția asupra copilului încă din primii ani de viață, rolul important revenind părinților. Dar și aici nu trebuie să exagerăm. Există unii părinți, foarte grijulii, în special mamele, care consultă permanent medicii pentru afecțiuni mai mult imaginare, în timp ce alții se interesează mai puțin de sănătatea copiilor lor și, în special, de cei care prezintă infecții dentare, vegetații adenoide etc., cărora trebuie să li se acorde mai multă atenție, cunoscut fiind faptul că aceste afecțiuni sînt implicate în procesul de creștere și dezvoltare. De aceea, socotim că de pregătirea educativ-sanitară a părinților, de felul în care aceștia se ocupă de creșterea și dezvoltarea armonioasă a copiilor, depinde sănătatea lor de mai tîrziu.

Conf. dr.
Lucia Butucea-Vătășescu

AERUL, APA ȘI SOARELE — PRIETENI DE NĂDEJDE

Factorii naturali de mediu, oferiți cu dărnicie de natura-mamă, au avut dintotdeauna un efect binefăcător asupra sănătății omului și, mai ales, asupra tinerelor organisme.

De *băile de aer* pot beneficia încă din a doua săptămînă de viață, în anotimpul călduros, și după 30 de zile, în anotimpul rece, copiii care s-au născut cu greutatea normală (2 850 g).

Obișnuința cu aerul se face zilnic, la început cîteva minute în fața ferestrei deschise, apoi îmbrăcat, conform anotimpului: copilul este scos la aer treptat, începînd cu 5—10 minute, pentru ca, pe măsură ce înaintează în vîrstă, să stea în aer liber cîteva ore și, atunci cînd este posibil, tot timpul de veghe și somnul de prînz. Iarna, recomandăm scoaterea sa la aer între orele 10 și 16, iar vara se vor evita perioadele de căldură mare, copiii beneficiind de intervalul dintre orele 8—10,30 și după orele 17,30.

Apa este un alt factor natural de călire a organismului. Copilul face cunoștință cu apa imediat după căderea bontului ombilical, adică la 8—10 zile, cînd i se face prima baie de curățenie. Dacă se respectă temperatura de 37° și manevrele de îmbăiere sînt blînde și pricepute, acesta primește cu multă plăcere îmbăierea. După împlinirea vîrstei de 3 luni, după baie se poate face o stropire cu apă la o temperatură mai scăzută (între 26 și 30°), timp de 1—2 secunde. După ce devine o obișnuință, dușul poate fi făcut chiar cu apă mai rece (20—22°). În zilele de vară, după expunerea la soare, se recomandă dușul cu apa încălzită la soare, într-o cadă sau într-un lighean. Baia la țtrand, rîuri sau mare nu poate fi efectuată decît după ce copilul a împlinit 3 ani, dar și atunci cu răbdare și prudență, pentru a-i crea obișnuință.

Soarele — al treilea mare factor natural — are, de asemenea, o acțiune tonifiantă asupra organismului, prin razele ultraviolete care previn rahitismul și potențează acțiunea curativă a vitaminei D, vitamină care intervine în metabolismul calciului și al fosforului, favorizînd absorbția intestinală a acestora și depunerea lor la nivelul oaselor. De asemenea, vindecă unele leziuni ale pielii.

Principiul de bază al băii de soare constă în expunerea treptată a corpului. Ea se face cam la $1^1/_2$ oră după ce copilul a mîncat. La sugarul de două luni, baia de soare începe cu expunerea treptată a diferitelor porțiuni ale corpului, avîndu-se grijă să se acopere capul cu o pălăriuță cu bor. Se începe totdeauna cu 2—3 minute și se ajunge la 15 minute pe o singură porțiune. Copiii mai măricei, după cîteva băi de soare, pot fi lăsați să se joace, începînd cu un sfert de oră și pînă la 2 ore, complet dezbrăcați și descălțați, dar cu capul acoperit. Timpul optim de efectuare a băilor de soare este dimineața între orele 7,30 și 11, pentru a evita căldura de la amiază, care poate provoca insolație.

Conf. dr. **Pompiliu Popescu**

PROFILAXIA ATEROSCLEROZEI ÎNCEPE DIN COPILĂRIE

Ateroscleroza este o afecțiune a vaselor sanguine și, în primul rînd, a arterelor. Leziunea principală în ateroscleroză o constituie infiltrația cu lipide (grăsimi) a peretelui arterial, care provoacă îngustarea diametrului arterei, îngreuind astfel circulația sanguină.

Mecanismele de producere a aterosclerozei nu sînt încă bine precizate, cu toate că se cunosc factori cu rol aterogen, unii acționînd ca inițiatori (hipertensiunea arterială, catecolaminele, angiotensina, nicotina, microtrombozele etc.), iar alții ca agravanți (fumatul, hiperlipidemiile, factorii alimentari, factorii de mediu, în general, diabetul etc.). Un aspect deosebit de important pentru prevenirea acestei boli îl constituie evitarea așa-numiților factori de risc, înțelegînd prin aceasta acei factori care sînt asociați cu boala și care, probabil, au o influență în producerea și agravarea ei.

Combaterea aterosclerozei presupune nu numai prevenirea bolii prin măsuri adecvate, care au ca scop evitarea factorilor de risc, constituind ceea ce se numește profilaxia primară, dar, în cazul cînd boala s-a instalat, ea urmărește regresiunea, stabilizarea și împiedicarea complicațiilor, prin adoptarea unui tratament corespunzător cu gradul de evoluție, ceea ce reprezintă așa-zisa profilaxie secundară. Fără îndoială, cea mai eficientă este profilaxia primară. Se pune însă întrebarea : în ce etapă a vieții trebuie începută ? În această privință, cercetări recente, bazate pe date științifice, demonstrează că modificările incipiente ale pereților arteriali, constînd din îngroșări ale acestora, pot apărea foarte timpuriu, încă din fragedă copilărie sau chiar în viața intrauterină, accentuîndu-se în decursul copilăriei și adolescenței.

Prin prisma acestor date apare un aspect demn de reținut pe plan profilactic, și anume că boala are o lungă sau foarte lungă perioadă de latență (inaparentă), fără să se manifeste prin semne și simptome, fiind deci neidentificabilă.

În decursul vieții adulte, cînd apar simptomele, mai mult sau mai puțin caracteristice, boala este destul de înaintată, de multe ori primele semne reprezentînd de fapt complicațiile bolii (infarctul miocardic acut, accidentele vasculare cerebrale etc.).

Oricum, este de dorit să nu așteptăm să apară simptomele bolii pentru a începe tratamentul, ci să luăm măsuri de prevenire încă din copilărie, familiei revenind această responsabilitate, bineînțeles sub îndrumarea competentă a medicului. Este vorba, de fapt, de educarea copiilor pentru un mod de viață igienic, în cadrul căruia un loc de seamă îl ocupă alimentația.

De aceea, trebuie adoptată o alimentaţie raţională corespunzătoare fiecărei perioade de dezvoltare, respectîndu-se cîteva principii.

În primul rînd, se impune evitarea aportului excesiv de calorii, curba ponderală fiind un bun indicator. În această privinţă, trebuie să dispară ideea eronată că un copil gras este „sănătos şi voinic". Obezitatea, surplusul ponderal, este un factor de risc şi, în majoritatea cazurilor, este determinat de obiceiul de a mînca prea mult, obicei care se capătă în mediul familial, de multe ori în copilărie. Copilul supraalimentat va ajunge în mod sigur la obezitate, greu de tratat, deoarece aceasta se datoreşte înmulţirii celulelor adipoase, ele rămînînd definitiv crescute pentru toată viaţa.

Un alt principiu se referă la grăsimi. Din punct de vedere calitativ, grăsimile animale (unt, smîntînă, untură) au un rol aterogen crescut faţă de cele vegetale (ulei, margarină) şi ele trebuie să constituie numai 30—35 la sută din raţia calorică, iar cele de origine animală să nu depăşească 1/3 din totalul grăsimilor.

Cel de-al treilea principiu constă în combaterea obiceiului de a consuma sare în exces, mai ales dacă părinţii sînt hipertensivi.

Pe de altă parte, se impune reducerea consumului sporit de zaharuri rafinate, care, după cum se ştie, cresc cantitatea de colesterol. Aceasta este cu atît mai necesar, în cazul copiilor care descind din familii de diabetici.

În afară de factorul alimentar, un alt factor de risc îl constituie lipsa activităţii fizice, cunoscut fiind că exerciţiul fizic creşte capacitatea circulaţiei colaterale coronariene. De aceea, copiii trebuie obişnuiţi încă de mici să îndrăgească sportul, să facă cît mai multă mişcare, pentru a rămîne cu acest bun obicei şi în viaţa adultă, contribuind astfel la combaterea sedentarismului.

Conf. dr. **Traian Rebedea**

COPIII — BOGĂŢIA VIEŢII

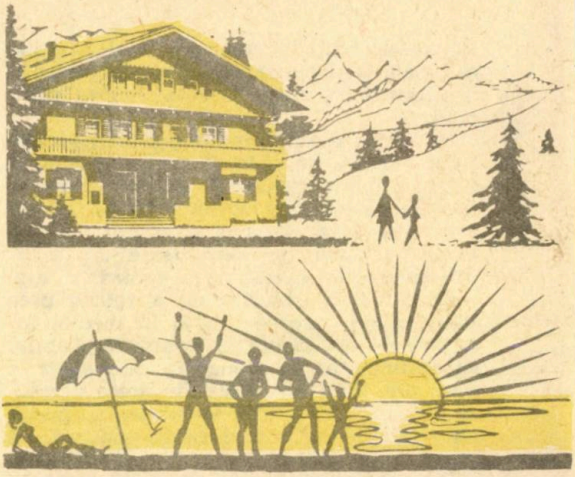
Femeia-mamă reprezintă pentru noi toţi simbolul tinereţii fără bătrîneţe, sensul existenţei, tonusul energetic al oricărei familii, unul din factorii de dezvoltare a populaţiei, de întărire a naţiunii. Poate că şi pentru aceste considerente natura a înzestrat-o cu o constituţie fizică mai aparte şi o fiziologie cu totul deosebită, care-i conferă, pe lîngă multe alte atribute, şi pe acela de o excepţională valoare : posibilitatea de a procrea. Această minunată calitate — de a da viaţă vieţii — depinde de sănătatea femeii, de care este legată, dealtfel, şi sănătatea urmaşilor.

Trăinicia familiilor organizate, atmosfera de voie bună şi optimism, sentimentul că viaţa îşi are un rost ni le oferă numai copiii. Căci ce poate fi mai minunat decît îmbrăţişările copiilor iubiţi, cu mînuţele lor catifelate şi părul lor pufos, mirosind a tinereţe, a prospeţime, a primăvară. Ce rost ar avea o familie, cu toate bunurile materiale pe care le agoniseşte, dacă în viaţa sa nu intervine şi prezenţa copiilor. Pe de altă parte, femeia gravidă este mai bine împlinită şi dezvoltată psihic, mai maturizată şi mai sigură ca oricînd în tot ceea ce face şi întreprinde. La grija şi atenţia pe care i-o acordă familia se adaugă şi aceea a întregii colectivităţi. Societatea noastră îi asigură cele mai bune condiţii de muncă şi de trai şi o legislaţie specială o ocroteşte atît pe ea, cît şi pe viitorul copil. Copiii noştri, ai tuturor mamelor, vor forma generaţia de mîine a ţării, iar dragostea de patrie şi responsabilitatea faţă de viitorul ţării ne face să ne plecăm cu mai mult respect în faţa copilului. De aceea, grija noastră pentru ea şi pentru copiii săi, copiii noştri, copiii întregii ţări este o preocupare a noastră permanentă, o datorie de onoare, care are puternice rezonanţe în conştiinţa fiecăruia dintre noi.

Consemnare de
dr. GEORGE M. GHEORGHE

Importanța climatului

în stabilirea indicațiilor și contraindicațiilor curei balneare



Folosirea factorilor naturali în scop terapeutic are origini îndepărtate. Fundamentarea științifică a acțiunii lor a preocupat oamenii de știință de-a lungul timpurilor, de la Hipocrate (460—375 î.e.n.) și pînă în zilele noastre. Dar, deși apele minerale au fost mai bine studiate, climatul nu a încetat să se afle în atenția celor ce căutau să explice, corect, eficiența tratamentelor balneare. Astfel, una dintre concluziile Congresului internațional de hidrologie și climatologie de la Clermont-Ferrand (Franța), din anul 1896, preciza rolul important al climei în cadrul complexelor terapeutice din stațiunile balneare.

Și cu toate că studiul acțiunii climatului asupra organismului uman întîmpină o sumă de dificultăți metodologice, s-au putut strînge date suficiente pentru a putea încadra diferitele regiuni ale țării în zone distincte din punct de vedere medical. Astfel, stațiunile balneoclimaterice sînt caracterizate atît după caracterele chimice ale apelor minerale, cît și după cele climatice. Și pentru că ne referim la acțiunea climatului asupra organismului uman, vom folosi termenul medical corespunzător de „bioclimat".

Bioclimatul excitant-solicitant corespunde regiunilor de cîmpie, avînd o altitudine situată sub 200 m. Acestea includ Cîmpia Română, Cîmpia Tisei și litoralul Mării Negre, cu limite de altitudine de la 0 la 35 m. Caracteristicile climatice ale acestor regiuni, respectiv valorile medii ale temperaturii aerului crescute, umiditatea relativ redusă a aerului și radiația solară globală abundentă, determină asupra organismului stresuri de adaptare : crește sudorația și favorizează pierderea de lichide din organism ; este stimulat sistemul nervos central și vegetativ și este stimulată la maximum secreția glandelor endocrine ; crește capacitatea de apărare a organismului, prin îmbunătățirea proceselor imunobiologice nespecifice ; este favorizat metabolismul calciului și glicoreglarea.

Mecanismele de adaptare la climatul de cîmpie și de litoral maritim sînt cu atît mai solicitate, cu cît diferența de altitudine față de localitatea de reședință a bolnavului este mai mare. Este cunoscut, dealtfel, rolul litoralului în profilaxie. Curele heliomarine indicate copiilor de toate vîrstele favorizează dezvoltarea armonioasă a acestora, previn rahitismul, cresc rezistența față de infecții, corectează tulburările de reactivitate neurovegetativă.

Pentru adultul cu activități în medii cu factori de risc ca : frigul și umezeala, noxele respiratorii, ortostatismul prelungit etc., complexul de factori ai litoralului constituie un valoros mijloc de prevenire a îmbolnăvirii. Un număr important de afecțiuni beneficiază de proprietățile curative ale factorilor naturali din stațiunile de cîmpie și de litoral maritim. Dintre acestea menționăm : bolile reumatismale degenerative, sechelele post-

traumatice ale aparatului locomotor, afecţiunile ginecologice cronice, bronşitele cronice etc. Dar indicarea acestor afecţiuni pentru tratament impune un examen clinic prealabil, foarte minuţios, pentru a putea depista stările sau bolile asociate, contraindicate pentru acest climat.

Se consideră contraindicate pentru staţiunile de pe litoralul Mării Negre şi staţiunile de cîmpie Amara, Lacul Sărat şi altele, stările de astenie fizică şi psihică, dar şi stările de reactivitate crescută neurovegetativă ; tuberculoza pulmonară recent stabilizată (prezenţa focarelor de infecţie) ; boala ulceroasă ; hepatita cronică persistentă ; bolile endocrine pe fond funcţional crescut (hipertiroidia, hiperfoliculinemia etc.) ; fibromatoza uterină ; bolile cardiovasculare în stadii avansate ; afecţiunile aparatului respirator cu deficit funcţional important ; cancerul, indiferent de formă, localizare şi tratament efectuat ; tumorile benigne, dar cu potenţial de malignizare; bolile rinichiului ; afecţiunile reumatismale inflamatorii cronice, cu potenţial evolutiv important (poliartrita reumatoidă, spre exemplu); unele veruci (negi), care pot degenera sub influenţa razelor ultraviolete.

Bioclimatul tonic-stimulant caracterizează climatul de munte, incluzînd Carpaţii Orientali, Meridionali şi Apuseni, şi începe cu altitudinile de 700—800 m. Staţiunile balneoclimaterice Vatra Dornei şi Borsec se situează la acest nivel.

Caracterele climatului de munte, respectiv scăderea presiunii atmosferice şi concomitent a presiunii parţiale a oxigenului, scăderea temperaturii şi umidităţii absolute a aerului, creşterea radiaţiei solare globale cu predominanţa celei ultraviolete, realizează condiţii de stres asupra organismului uman.

Pentru menţinerea concentraţiei de oxigen în sînge, intră în activitate mecanisme compensatorii, cum ar fi : creşterea ventilaţiei pulmonare, creşterea amplitudinii şi frecvenţei contracţiei cardiace, mobilizarea globulelor roşii din rezervele medulare, creşterea patului vascular prin deschiderea de capilare noi la nivelul plămînilor, al sistemului nervos central şi al rinichilor ; de asemenea, este activat metabolismul celular.

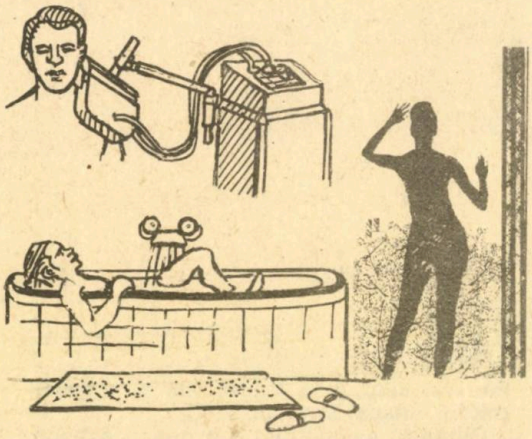
Aerul de munte uscat, lipsit de alergeni şi bogat în aeroioni negativi şi aerosoli terpenici, are efecte descongestionante asupra mucoasei căilor respiratorii şi efect antialergic. În plus, aerul rece de munte declanşează mecanismele de termoreglare. De asemenea, razele ultraviolete, prezente şi în cursul iernii, favorizează metabolismul calciului, prin transformarea ergosterolului cutanat în vitamina D_2.

Climatul de munte are deci o acţiune favorabilă, cu valoare profilactică, asupra organismului omului sănătos. După trecerea fazei solicitante de adaptare, se realizează rezerve de energie şi o îmbunătăţire a mecanismelor ce intervin în asigurarea oxigenării, în activitatea sistemului cardiovascular şi a aparatului respirator, în metabolismul celular şi tisular. Creşte capacitatea de apărare a organismului faţă de infecţii, prin creşterea capacităţii imunologice şi biologice nespecifice. Efectele menţionate justifică eficienţa tratamentelor cu rol curativ în unele afecţiuni ca : hipertiroidia, stările de anemie, bronşita cronică, astmul alergic, nevroza astenică şi altele.

La bolnavii cu afecţiuni ale aparatului respirator şi cardiovascular, în stadii avansate, cu rezerve funcţionale reduse sau cu deficienţe de termoreglare, climatul de munte, mai ales altitudinile care depăşesc 1000 de metri, poate favoriza agravări pasagere sau decompensări. De aceea, este necesar să se ia unele precauţii, chiar de către omul sănătos. Astfel, se vor evita ascensiunile rapide, care ar putea daclanşa „răul de munte". O contraindicaţie pentru climatul montan o constituie sarcina, atunci cînd femeia provine dintr-o localitate cu altitudine joasă. De asemenea, sînt contraindicate : stările de convalescentă, însoţite de stare de denutriţie importantă ; astenia fizică sau psihică pronunţată ; vîrstele înaintate, la persoane la care fenomenele de scleroză sînt pronunţate ; bolile cardiovasculare şi ale aparatului respirator în stadii avansate.

Aşadar, şi bioclimatul zonelor de munte are indicaţii şi contraindicaţii ce trebuie cunoscute bine.

Bioclimatul sedativ-indiferent, denumit şi de **cruţare,** caracterizează climatul de podiş şi de dealuri, cuprins între limitele de altitudine de 200—300 m şi 700—800 m.



El include zona subcarpatică (dealurile exterioare ale Carpaților Orientali și Meridionali), Piemontul getic, dealurile vestice, Podișul Moldovei, Podișul Transilvaniei, Dobrogea. Vegetația este foarte variată și cuprinde păduri de foioase, silvostepă, stepă, livezi, culturi.

Caracterele acestui climat, respectiv valorile medii lunare ale temperaturii aerului, presiunea atmosferică și durata de strălucire a soarelui sînt moderate în tot cursul anului. Aceasta face ca aclimatizarea să fie imperceptibilă, indiferent de altitudinea localității din care vine bolnavul, de vîrsta acestuia și de afecțiunea pe care o are.

Efectele acestui bioclimat se caracterizează prin punerea în repaus a funcțiilor sistemului neurovegetativ și endocrin. Aceasta este și explicația indicațiilor largi ale bioclimatului sedativ-indiferent în : stări de convalescență după afecțiuni ce au necesitat repaus prelungit la pat ; surmenaj fizic și intelectual ; vîrstele mai înaintate ; nevroza astenică ; bolile reumatismale inflamatorii cu potențial evolutiv important ; bolile aparatului cardiovascular și respirator în stadii mai avansate ; sindromul de menopauză etc.

Posibilitățile de alegere sînt mari, deoarece în condițiile acestui bioclimat se găsesc numeroase stațiuni balneoclimaterice, cu profiluri foarte variate de boală. Astfel : în Cîmpia Tisei — Buziaș, Felix ; în Podișul Transilvaniei — Sîngeorz-Băi, Bazna, Ocna-Sibiului, Sovata ; pe versantul sudic al regiunii subcarpatice — Slănic-Prahova, Pucioasa, Călimănești, Căciulata, Govora, Olănești ; pe versantul sud-vestic al regiunii subcarpatice — Băile Herculane.

Avînd în vedere cele expuse, este necesar să facem cîteva precizări :

— Deoarece organismul uman este un tot funcțional și nu o asamblare de organe, alegerea unei stațiuni balneoclimaterice, în scop profilactic, curativ sau de recuperare funcțională, trebuie făcută după un examen medical minuțios.

— În indicațiile tratamentelor balneoclimaterice vor fi luate în considerare atît boala principală, cît și afecțiunile asociate. Dacă afecțiunea asociată este contraindicată pentru stațiunea recomandată în boala principală, atunci indicația se anulează.

— Stabilirea profilului medical al unei stațiuni balneoclimaterice trebuie să rezulte din coroborarea datelor referitoare la proprietățile factorilor balneari și ai bioclimatului în contextul căruia aceștia acționează asupra organismului uman.

Elena Berlescu

doctor în științe medicale, Clinica de balneoclimatologie și recuperare medicală, I.M.F. București

Portret în acvaforte

Îi plînge votca pe obraz,
Dantura-i arsă de ţigară
Şi-o tuse aprigă-l doboară.
Văzîndu-l, zău, pe gînduri cazi...

De-acum, problema sa e clară
Şi nu mai are nici un haz ;
Îi plînge votca pe obraz,
Dantura-i arsă de ţigară...

În loc de aerul de brazi
Din staţiunea balneară,
Preferă, seară după seară,
Să stea în barul de topaz !
Şi-i plînge votca pe obraz...

TRAIAN GĂRDUŞ

Spectacole preferate

AUTOPSIERUL : Omul care a văzut moartea.
BIOLOGUL : Trei generaţii.
CARDIOLOGUL : Două inimi într-un vals.
HEMATOLOGUL : Sînge vienez.
IGIENISTUL : Oameni şi şoareci.
INTERNISTUL : Răceala.
MAMOŞUL : Nu ne naştem toţi la aceeaşi vîrstă.
MEDICUL SPORTIV : Gimnastică sentimentală.
OCULISTUL : Vedere de pe pod.
O.R.L.-ISTUL : Puricele în ureche.
PEDIATRUL : Copiii lui Kennedy.
PSIHIATRUL : Somnambula.
UROLOGUL : Piatră la rinichi.
STOMATOLOGUL : Măseaua de minte.
VETERINARUL : Rinocerii.

V. D. POPA

INFECȚIILE urinare

Conf. dr. C. P. IOANID

Infecțiile urinare, reputate pentru incidența lor, temute pentru evoluția prelungită și aspectele severe pe care le pot îmbrăca, interesează încă și astăzi, în era antibioticelor, un număr însemnat de bolnavi și pun probleme de terapeutică deseori greu de rezolvat.

Feluriți agenți patogeni, ajunși pe diferite căi și cantonați la nivelul organelor care alcătuiesc aparatul urinar, pot da naștere la suferințe importante și modificări nu lipsite de consecințe.

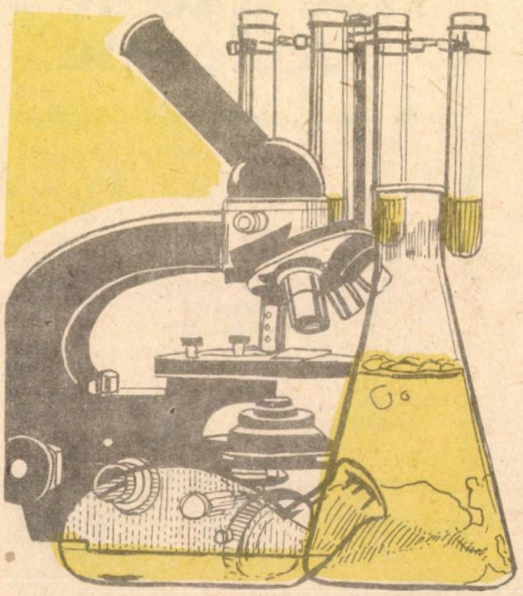
În afara infecțiilor specifice ca, de exemplu, tuberculoza, cele nespecifice, mult mai numeroase, au la origine variați germeni cu diverse tulpini : bacilul coli, cel mai des întîlnit, bacilul proteus, piocianicul, stafilococul etc.

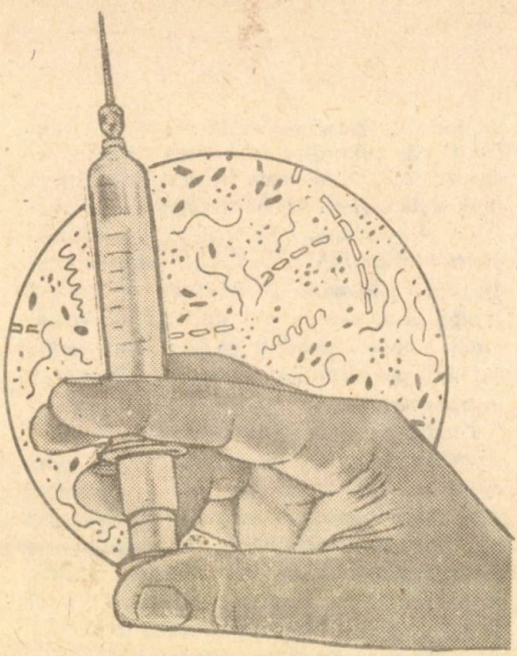
Agenții microbieni pot interesa numai un organ al aparatului urinar sau porțiuni din acesta pe perioade scurte, alteori însă afectează intens și masiv fie una dintre componente, fie porțiuni întinse ale ansamblului, pe timp îndelungat.

Sînt demne de reținut o serie de elemente care conferă infecțiilor urinare un notabil caracter de severitate. Astfel, chiar dacă inițial apar localizate, asemenea procese au destul de des tendința, mai ales în prezența unor condiții favorizante (stagnarea urinei la diverse niveluri, scăderea potențialului de apărare a organismului), să se propage la întreg aparatul, la organele vecine și în unele cazuri să ducă la interesarea întregului organism. Este cazul cistitei — infecție vezicală, considerată banală, care poate, datorită intervenției unor factori adjuvanți (boli intercurente, explorări traumatizante), să ducă în scurt timp la amplificarea leziunilor, prin răspîndirea germenilor.

Pe de altă parte, merită să menționăm și frecventa asociere a infecțiilor urinare cu alte afecțiuni ale aparatului urogenital. Acestea din urmă sînt fie preexistente, constituind elementul care favorizează localizarea urinară a germenilor, fie apar ca o consecință a dezvoltării și evoluției prelungite a unor astfel de infecții. Oricum, între cele două boli se stabilesc strînse legături de intercondiționare, făcînd tratamentul mai anevoios. Așa este cazul asocierii dintre litiază și infecțiile urinare, în care fiecare dintre afecțiuni intervine în evoluția celeilalte, potențînd-o.

De asemenea, există foarte frecvente asocieri ale infecțiilor urinare cu toate





afecțiunile obstructive ale căilor urinare (adenomul de prostată, stricturile uretrale). Ori de cîte ori pe traiectul căilor urinare există obstacole sau dilatații, care duc la stagnarea urinei, la stază, așa cum se întîmplă în cazul unor malformații congenitale sau al unor boli (hidronefroză, ptoză renală cu cuduri accentuate ale ureterului), infecția urinară nu întîrzie să-și facă apariția și să găsească condiții optime de dezvoltare, accentuînd deseori, prin leziunile pe care le determină, dificultățile de evacuare a urinei și staza. Nu trebuie omis faptul că prezența mai îndelungată sau repetată a unui proces inflamator la nivelul căilor urinare dă frecvent naștere, prin însuși procesul de vindecare (scleroza cicatriceală), la noi obstacole sau determină accentuarea celor primitive.

Un alt aspect care trebuie subliniat este cel al implicațiilor funcționale pe care le au infecțiile urinare. Chiar și în cazul formelor localizate, dacă evoluția lor se prelungește, răsunetul funcțional devine manifest și plin de consecințe. Cu atît mai mult în cazul afectării rinichilor, aceste implicații funcționale îmbracă o importantă semnificație și influențează prognosticul. Dacă ținem seama de faptul că în afara alterării lor funcționale determinate de procesul inflamator pot interveni și consecințele mecanice ale sechelelor obstructive (stază, hiperpresiune), determinate de infecții, avem în față întregul tablou al severității acestui aspect. Astfel de înlănțuiri sînt cunoscute în practica medicală și uneori pornesc de la o afecțiune aparent puțin importantă, a'jungîndu-se la aspecte deosebit de grave. În acest sens, putem cita leziuni inflamatorii repetate prostatice, care duc la stenoze, strîmtorări ale colului vezical, determinînd stagnarea urinei la acest nivel, urmată de infecția care se poate propaga pe căile urinare superioare, pînă la rinichi, ceea ce duce cu timpul la insuficiență renală.

Dacă în formele acute, zgomotoase sau severe (pielonefrite acute, pionefrite), bolnavii se prezintă de urgență la specialist, formele cronice, puțin expresive și solicitante, care evoluează tăcut, sînt adesea neglijate sau tardiv tratate, cu toate riscurile pe care le comportă o asemenea atitudine. Cistite repetate, cronice, pielonefrite cronice, adenoame de prostată, bine tolerate un timp, precum și unele litiaze urinare însoțite de infecții, la care aspectul clinic este modest și permite o viață și o activitate normale, sînt greșit considerate banale de către bolnavi și, ca atare, nu sînt investigate suficient, iar tratamentul rămîne puțin sau deloc eficient. Această situație permite apariția de leziuni ireversibile, întinse. Caracterul înșelător al acestor evoluții torpide este răspunzător de aspectele severe cu care mai tîrziu bolnavul ajunge la specialist.

Prezența agenților microbieni în urină trebuie privită, în consecință, cu toată atenția, chiar dacă temporar nu se asociază alte semne de suferință sau cele prezentate rămîn încă discrete. Sînt cazuri în care, fără ca aparatul urinar să fie interesat, urina conține germeni. Aceștia provin din focare aflate în alte zone ale organismului și sînt eliminați pe această cale. De foarte multe ori, dacă nu există factori favorizanți, acești germeni trec fără să se fixeze la acest nivel și deci fără să determine leziuni urinare. Dar și în aceste condiții se cer luate măsurile de explorare necesare, pentru a depista sau a preciza

caracterele bolii care au generat prezența germenilor.

Cu atît mai justificată devine această atitudine la persoanele la care se manifestă modeste și suportabile tulburări urinare : creșterea frecvenței emisiunilor de urină, efectuarea lor cu greutate sau cu dureri, ușoară creștere a temperaturii, jenă sau dureri la nivelul rinichilor.

Evident, nu oricînd și nu orice infecție urinară prezintă caractere de severitatea celor amintite, dar prudența impune explorările necesare, pentru a evita constituirea silențioasă de leziuni ireversibile sau întinderea procesului septic la alte organe și deci asocierea altor boli cu consecințe importante. Infecții urinare, piurii persistente, pot fi revelatoare pentru o litiază necunoscută. Procesul septic constituie în asemenea situații masca sub care evoluează afecțiunea care, deseori, i-a înlesnit apariția. Alteori, asemenea infecții repetate, periodice, permit punerea în evidență a unor afecțiuni ale organelor din vecinătate (îndeosebi din sfera genitală).

În vederea stabilirii unui diagnostic corect și a instituirii unui tratament eficace, printre explorările care se cer efectuate, un loc important îl deține precizarea sensibilității tulpinilor microbiene. Procedeul nejustificat de a trata o infecție urinară fără a beneficia de o investigație competentă și integrală este riscant, nu numai pentru că rămîn necunoscuți factorii care au permis apariția și evoluția procesului septic, ci și pentru că, aplicînd un tratament necorespunzător ca doză și eficiență, există posibilitatea apariției rezistențelor la tratament.

Tendința unor bolnavi de a-și stabili singuri medicația, pe temeiul unor date citite sau auzite, interpretate și adaptate, este primejdioasă, deoarece se folosesc, cel mai adesea, medicamente nepotrivite, în doze insuficiente sau supradozaje riscante. Agravările care urmează de regulă unor astfel de proceduri aduc bolnavii la specialist, dar prea tîrziu și în faze avansate.

Tratamentul infecțiilor urinare trebuie să se sprijine pe un diagnostic complet, stabilit în urma unor explorări adaptate particularităților fiecărui caz în parte. El trebuie să urmărească nu numai combaterea agenților microbieni cauzali, ci și înlăturarea tuturor condițiilor care au permis localizarea și dezvoltarea lor și, prin aceasta, să împiedice reapariția procesului septic.

În fața infecțiilor urinare în care flora microbiană este antrenată, puțin sensibilă, se cere, de cele mai multe ori, o terapie prelungită, cu schimbarea periodică a medicației, sub control de specialitate.

Nu de puține ori înlăturarea condițiilor favorizante ale infecțiilor, eradicarea focarelor de însămînțare, impun terapeutici chirurgicale care, în asociație cu terapia antimicrobiană, sînt singurele capabile să dea un rezultat valoros.

Fără a exagera și a considera că orice infecție urinară constituie o problemă, este bine să se acorde de la început tuturor acestor afecțiuni atenția cuvenită, în scopul evitării instalării unor aspecte grave și al înlăturării eșecurilor și dificultăților terapeutice.

PIERDERILE INVOLUNTARE
DE URINĂ LA FEMEIE

Dr. N. Crisan

Spitalul clinic
al municipiului
București

Datorită conformației și situării particulare a căilor urinare inferioare, pierderile involuntare de urină sînt frecvent întîlnite la femei. De-a lungul întregii lor existențe, mai bine de jumătate din femeile care au născut pot prezenta — este adevărat cu totul ocazional — mici pierderi involuntare de urină. Aceste pierderi, ce nu pot fi controlate de către femeie, devin însă jenante, cînd apar în urma efectuării unor eforturi fizice nu foarte mari. În cazuri din fericire rare, prin frecvența și ușurința cu care se produc, ele reprezintă o infirmitate pentru bolnavă.

Urina se acumulează în vezică, rezervor extensibil ce își crește progresiv capacitatea, pe măsura umplerii sale. La intervale de cîteva ore, are loc golirea vezicii printr-un scurt conduct, denumit uretră. Nevoia de a urina poate fi stăpînită atunci cînd vezica nu este prea plină.

Natura nu a înzestrat însă femeia cu un dispozitiv foarte puternic, care să închidă scurgerea urinei spre exterior. În condiții normale, acest dispozitiv își face din plin datoria : la nevoie evacuarea vezicii poate fi amînată pentru intervale lungi de timp. Micțiunea este supusă deci voinței.

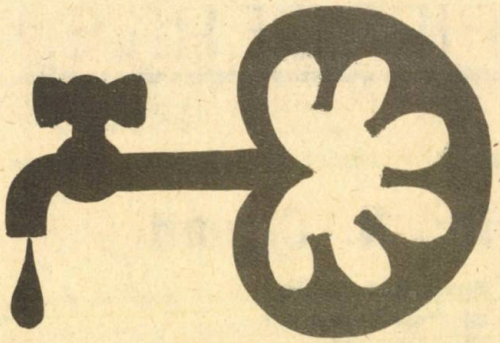
Vecinătatea vezicii urinare și a uretrei cu vaginul și orificiul vulvar complică însă lucrurile. Destinderea importantă suferită de căile genitale în momentul nașterii pentru a permite trecerea copilului înspre exterior se poate solda cu diverse rupturi ale țesuturilor. Perineul este cel interesat de obicei, și din acest motiv, la nevoie se secționează la naștere. Sînt situații în care chiar dacă pielea rămîne intactă, se rup în profunzime fascicule musculare și fibre conjunctive, cu rol în fixarea și susținerea diverselor organe. După un interval variabil de timp, se va instala prolapsul genital, constînd în căderea pereților vaginului, a vezicii urinare, a uterului chiar.

În cursul nașterilor grele, prelungite, dar și mult prea rapide uneori, dispozitivul de închidere a vezicii urinare și a uretrei poate fi lezat. Consecințele nu apar imediat, în lunile și anii următori nașterii, ci mult mai tîrziu. Ele se traduc prin tulburări urinare, iar în declanșarea lor menopauza intervine adeseori decisiv. Femeia prezintă pierderi involuntare de urină în momentul creșterii bruște a presiunii intraabdominale, produsă de către eforturile fizice. Aceste tulburări urinare sînt cunoscute sub denumirea de incontinență urinară de efort. De asemenea, în cursul ridicării unor greutăți, al alergării și al efectuării unor salturi, cîteva picături de urină vor umecta lenjeria, iar în situații mai avansate, tusea, strănutul, rîsul chiar, pot determina pierderea involuntară de urină. Dar aceste pierderi de urină incontrolabile devin o adevărată infirmitate atunci cînd însoțesc eforturile cele mai banale, cum ar fi urcatul unei scări, ridicarea pe vîrfuri sau chiar statul prelungit în picioare ! Femeia este obligată să poarte permanent un tampon. Senzației dezagreabile produsă prin continua umectare a lenjeriei i se adaugă iritația pielii din regiunile înconjurătoare, precum și mirosul amoniacal persistent. Golirea frecventă a vezicii cu scopul de a reduce cît mai mult posibil pierderile involuntare de urină, dar și evitarea eforturilor, devin pentru femeia suferindă o preocupare obsedantă. O eventuală repriză de tuse sau strănutul sînt așteptate cu groază. Din aceleași motive, femeia evită chiar să și rîdă.

În masa largă a femeilor este răspîndită ideea că pierderile involuntare de urină se datoresc rupturilor de perineu și prolapsurilor. Acest lucru nu corespunde întru totul cu realitatea. Atît incontinența urinară de efort, cît și ruptura de perineu sînt, cel mai adesea, consecința leziunilor locale produse în cursul nașterilor și agravate progresiv. Ele nu pot fi confundate și pot exista separat. Uneori, deși pierderile de urină sînt prezente, prolapsul este absent, iar alteori căderea uterului înspre exterior nu presupune incontinență de urină. De aceea, medicul este singurul în măsură să stabilească adevărata cauză a suferinței urinare, printr-o examinare atentă și o serie de probe de laborator, indicînd și conduita terapeutică.

În cazul incontinenței de efort, bolnava va fi supusă unui tratament chirurgical.

Dar în afara cauzelor menționate în producerea tulburărilor urinare, mai amintim inflamațiile cronice ale vezicii urinare și ale uretrei (cistitele și uretritele), care determină, de asemenea, micțiuni frecvente, însoțite de arsuri, usturimi, dureri chiar în timpul golirii vezicii și în minutele imediat următoare. Alteori, vezica se contractă spasmodic, eliminarea urinei limitîndu-se doar la cîteva picături. Nevoia frecventă și intensă de a urina există și



în repaus, iar noaptea bolnava este trezită de mai multe ori din somn. În acest caz, femeia nu prezintă de fapt pierderi de urină involuntare, iar tratamentul este medicamentos.

Precizăm că la femeile în vîrstă, la care menopauza s-a instalat cu mult timp în urmă, tulburările urinare de orice natură se accentuează an de an, datorită dispariției complete a secreției ovarelor. În aceste cazuri, un tratament hormonal este de mare utilitate.

O situație destul de frecvent întîlnită, nu ușor de diagnosticat și adesea dificil de tratat, o reprezintă micțiunile imperioase. Femeia nu poate rezista nevoii acute de a urina. Emisiunea urinei are loc imediat sau în secundele următoare apariției senzației copleșitoare de a urina. A se opune declanșării micțiunii, îi este imposibil. Bolnava nu poate să își întrerupă emisiunea de urină în mod voluntar ; dacă scontează că se va putea abține, riscă să-și umecteze din plin lenjeria, pierderile de urină nemailimitîndu-se doar la cîteva picături, ca în incontinența de efort. Micțiunile imperioase apar în inflamațiile cronice ale vezicii (tuberculoză, mai ales), litiază, unele tumori (nu obligatoriu de natură canceroasă) și, mai ales, în cadrul tulburărilor nevrotice, în care caz se impune colaborarea ginecologului cu psihiatrul.

Mult mai rar, pierderile involuntare de urină se datoresc unor fistule apărute după nașteri sau intervenții chirurgicale, cît și unor anomalii congenitale.

Este de datoria ginecologului sau a chirurgului de a examina corect femeia suferindă, pentru a stabili cu precizie cauza pierderilor involuntare de urină, în vederea instituirii tratamentului corespunzător.

AVORTUL PROVOCAT

Dr. Al. Dobre

Medic primar
Spitalul clinic „Giulești"

Întreruperea voluntară a cursului unei sarcini pînă în luna a șaptea constituie „avortul provocat", delict condamnat nu numai de lege, dar și de toate funcțiile organismului femeii, grav și iresponsabil perturbate.

Celui mai minunat dar pe care natura l-a făcut femeii — nașterea unui copil — poeții și artiștii de geniu ai lumii din toate timpurile i-au închinat imnuri de bucurie și de frumusețe inegalabilă. Acest dar al naturii a trezit emoție și mîndrie fiecărei perechi de îndrăgostiți, fiecărei familii, de cînd există omenirea.

Și atunci, de ce omul își arogă dreptul de a sfida legile naturii, uneori, fără ca să-și dea osteneala să le cunoască, să le înțeleagă ? Această cutezanță este pedepsită adeseori foarte grav, cu sacrificarea de vieți omenești.

Pentru rezolvarea acestor cazuri sînt afectate un important număr de paturi de spital, sînt cheltuite sume mari de bani pentru medicamente, precum și o imensă cantitate de energie.

De asemenea, pentru specialiști, aceste cazuri ridică probleme dintre cele mai dificile. Bolnavele se prezintă la spital mai totdeauna în stare gravă, de multe ori constituind adevărate cazuri disperate. Și cum întreruperea cursului sarcinii este grevată de complicații majore, se impune colaborarea deplină a bolnavelor, în sensul că acestea trebuie să informeze medicul asupra împrejurărilor în care s-a produs avortul, cum a fost provocat, de cînd s-a declanșat, dacă a fost însoțit de febră sau hemoragie, dacă diureza și tranzitul intestinal sînt prezente. Este bine să se știe că exactitatea răspunsurilor date de bolnave are o pondere deosebită pentru atitudinea terapeutică de urgență, și aceasta deoarece multe bolnave dau răspunsuri neconforme cu realitatea și încearcă să inducă în eroare cu bună știință, în detrimentul propriei sănătăți.

Întreruperea brutală a unui întreg lanț de transformări pe care le suferă organismul femeii gravide poate declanșa o serie de procese patologice grave, pentru care acesta nu este pregătit. Din această cauză, adaptarea la starea de boală, provocată voluntar, se face, cel mai adesea, cu prețul unor complicații grave : hemoragii greu de stăpînit, infecții locale, urmate de diseminarea în întreg organismul (septicemia, peritonita), cangrena uterină, insuficiența hepatorenală severă etc.

Conduita terapeutică în avortul provocat complicat cu infecție presupune o analiză amănunțită, clinică și bacteriologică, pentru a preciza gradul de extindere a infecției.

Chiuretajul uterin, executat chiar în cele mai perfecte condiții, poate produce reacții inflamatorii (aseptice) ale anexelor organelor genitale interne. Aceste reacții inflamatorii sau anexite pot determina, pentru tot restul vieții, imposibilitatea femeii de a mai avea copii. Și nu puține sînt cazurile cînd femeile sînt gata să suporte investigații complicate, operații laborioase, numai și numai din dorința de a mai avea o sarcină. Procentul de succese este destul de însemnat, dar o bună parte din acestea părăsesc spitalul și speranța de a mai putea avea vreodată un copil. Cuvintele nu pot reda suferința lor, sentimentul inutilității și al neputinței, drama pe care o trăiesc aceste femei, care poate că au greșit o singură dată.

Desigur că sînt momente în viața unei femei sau a unei familii cînd venirea pe lume a unui copil pare să se însoțească de complicații insurmontabile atît din punct de vedere social, cît și economic. Din această cauză, viitoarea mamă este cuprinsă de o disperare care îi întunecă rațiunea, logica și chiar instinctul de conservare.

Încearcă tot felul de asociații medicamentoase sau decocturi de plante, renumite a fi abortive. Totdeauna aceste tentative sînt urmate de eșec, după care le cuprinde o altă disperare : ar dori să păstreze sarcina, dar apare teama de a nu naște un copil anormal și atunci singura metodă la care recurg rămîne tot cea empirică. Rezultatul este lesne de înțeles : complicații care le pot pune în primejdie însăși viața.

Cea mai frecventă complicație o reprezintă *hemoragia*. Aceasta constituie o gravitate prin faptul că femeia gravidă, care prezintă hemoragie, consideră adesea că odată cu pierderea de sînge se elimină și embrionul. Dar hemoragia se poate produce fără expulzarea embrionului, putîndu-se chiar agrava, ceea ce determină internarea femeii de urgență în spital. Sînt situații cînd hemoragia nu poate fi stăpînită decît în urma operației, femeia putînd să rămînă infirmă, prin extirparea uterului, intervenție impusă de gravitatea hemoragiei și de complicația cea mai de temut a acesteia, lipsa de coagulare a sîngelui (fibrinoliza).

În cazul sarcinilor extrauterine, situația se complică și mai mult. Cum și în acest caz ciclul menstrual dispare, femeia nedorind sarcina și crezînd că aceasta este plasată în uter, recurge la o metodă abortivă. Simptomatologia cu care se prezintă la spital este foarte neclară, intervenția chirurgicală constituind singura posibilitate de precizare a diagnosticului și de aplicare a tratamentului. Adesea, intervenția chirurgicală nu se rezumă numai la extirparea sarcinii extrauterine, fiind necesară și extirparea uterului (histerectomie). Urmările sînt grave, în special pentru femeia tînără, a cărei viață (nu numai cea intimă) este puternic afectată prin apariția unor tulburări endocrine și psihonervoase definitive. Tot în scop abortiv, unele femei folosesc obiecte dure, ceea ce poate duce la *perforația uterului*. Astfel, pe lîngă drumul deschis microbilor, care pătrund în cavitatea abdominală, se poate produce și ruperea unor vase sanguine importante sau pot fi lezate unele organe interne. În foarte scurt timp, se instalează o stare de șoc, care se agravează clipă de clipă.

Femeia gravidă, recurgînd la injectarea unor soluții în uter, în scop abortiv, se expune la instalarea unor leziuni caustice, care duc în final la *cangrena uterină*. Starea generală a bolnavelor cu această tulburare se alterează rapid, evoluția fiind gravă. Frecvent, bolnava nu mai urinează (anurie) sau urinează foarte puțin, sub 500 ml/24 de ore (oligurie), fapt care traduce o complicație de temut — insuficiența renală acută. Singura salvare a acestor bolnave o constituie intervenția operatorie.

Insuficiența renală acută este o complicație a hemoragiilor urmate de stare de șoc, a cangrenei uterine sau a infecțiilor grave. Uneori, dacă tratamentul se aplică precoce, diureza se reia ; alteori însă, se instalează sindromul uremic (creșterea ureei sanguine), cu evoluție imprevizibilă.

Această insuficiență renală *post-abortum*, prin complexitatea tulburărilor pe care le determină, a impus dotarea serviciilor de terapie intensivă cu rinichi artificial.

Considerăm necesar să precizăm că orice manevră abortivă înseamnă, în primul rînd, antrenarea microbilor din exterior într-o cavitate curată, cum este uterul. Prin abundența vaselor de sînge, uterul asigură condiții foarte propice de dezvoltare și de răspîndire în tot organismul atît a microbilor, cît și a toxinelor lor. Starea generală a bolnavelor este alterată, iar febra prezentă este însoțită de frisoane. După un timp, bolnava începe să transpire abundent, extremitățile se răcesc și devin palide sau vinete. Tensiunea arterială scade, pulsul este abia perceptibil, instalîndu-se starea de comă. Asocierea unor germeni microbieni foarte virulenți produce distrugerea globulelor roșii, iar pielea bolnavelor se colorează icteric.

Terapia acestor bolnave este foarte complicată, necesitînd antibiotice deosebit de puternice și o serie de medicamente, a căror administrare impune monitorizarea continuă și un control de laborator la fiecare patru sau șase ore.

Dar infecția poate să cuprindă nu numai cavitatea abdominală (peritonita), ci se pot produce diseminări septice la distanță (ficat, plămîni, creier etc.). În toate cazurile, pe lîngă antibioterapie și metode delicate de terapie intensivă, intervenția chirurgicală se impune ca fiind singura șansă de supraviețuire a acestor bolnave.

Dar cortegiul de suferințe nu se oprește aici : la aceeași bolnavă pot să apară concomitent mai multe complicații sau o complicație poate fi urmată de alta.

De aceea, pentru a evita această gravă patologie a avortului provocat, noi, cei care sîntem confruntați cu aceste cazuri și față de care uneori sîntem îndurerați și neputincioși, recomandăm tuturor femeilor să asculte numai glasul conștiinței lor de mamă, de răspundere pentru viața copiilor lor, pentru ființa căreia trebuie să-i dea naștere, pentru propria lor sănătate. În concluzie, dorim ca cele menționate să constituie un îndemn la rațiune și la respectarea legilor naturii și ale ființei omenești.

DISMENOREEA

Dr. N. Crișan

Spitalul clinic al municipiului București

Durerea care însoțește menstrele sau care precede instalarea lor cu mai multe ore este denumită dismenoree. Frecvența sa este mare. O femeie din douăsprezece prezintă dureri menstruale, de-a lungul unor perioade de timp mai mult sau mai puțin îndelungate, uneori chiar din primul an al instalării ciclurilor și pînă la menopauză.

Durerile apar în ajunul sau în primele ore de la instalarea menstrelor. Ele îmbracă aspectul unor crampe adeseori vii, pentru ca în afara momentelor de exacerbare, tînăra să acuze o durere permanentă, cu caracter surd, localizată în jumătatea inferioară a abdomenului și propagată înspre rădăcinile coapselor, lombe, vezica urinară sau rect. Crizele dureroase, adeseori penibile, accentuează starea de indispoziție generală întîlnită pe întreg parcursul ciclului menstrual. Adolescentele dismenoreice pot prezenta uneori o dezvoltare sexuală întîrziată. Capacitatea lor de concentrare în timpul orelor de clasă scade simțitor, eleva fiind împiedicată să-și desfășoare programul de educație fizică, să participe la diverse activități extrașcolare, excursii etc. Și aceasta timp de mai multe zile, lună de lună.

Dismenoreea instalată în adolescență sau în anii imediat următori dispare adesea odată cu prima naștere. Chiar dacă nu survine acest lucru, intensitatea durerilor se atenuează treptat în timp, dispărînd de obicei complet după vîrsta de 35 de ani.

În cel puțin jumătate din cazuri, dismenoreea este secundară unor boli ginecologice. Inflamațiile genitale nu întotdeauna foarte zgomotoase, legate uneori de o naștere și mult mai frecvent de un avort, micile intervenții practicate asupra colului pentru tratarea cervicitelor cronice, pot sta la originea dismenoreei. Alteori, durerile menstruale apar la femeile al căror uter este căzut înspre spate, în retroversie. Nu odată, aceste retroversii sînt consecința infecțiilor genitale din lăuzie și se instalează în special atunci cînd femeia, dintr-un motiv sau altul, păstrează un timp îndelungat repausul la pat în poziția culcat pe spate.

În producerea dismenoreei secundare, avorturile septice sînt frecvent implicate. Dacă mai adăugăm sterilitatea, durerile ce survin în timpul desfășurării actului sexual și permanentul risc al redeșteptării anexitelor, cu care se complică în mod curent, ne dăm seama încă o dată cît de importantă este evitarea avorturilor practicate empiric, în mod ilegal, de către persoane necalificate. Procedînd astfel, bucuria maternității va fi înlocuită, în urma unui gest necugetat, cu o infirmitate adeseori definitivă, ce se va repercuta asupra existenței femeii, armoniei familiale, confortului său cotidian și uneori asupra capacității de muncă.

Alteori, dismenoreea survine după un interval mai mare de timp de la debutul ciclurilor, după una sau mai multe sarcini. Durerea se instalează în prima zi a ciclului, este de intensitate moderată inițial, apoi se intensifică progresiv de la o zi la alta, cu cît ne apropiem de sfîrșitul perioadei menstruale, cînd poate îmbrăca un caracter paroxistic, greu suportabil. Este dismenoreea care însoțește endometrioza, boală din fericire nu prea frecventă, dar cu multiple implicații asupra vieții genitale a femeii.

Durerile menstruale ale femeii adulte sînt de intensităţi variabile, cu perioade de exacerbare, survenind în crize, şi pot fi însoţite de greţuri, vărsături, diaree. Adeseori nu lipsesc crizele migrenoase, oscilaţiile tensiunii arteriale, erupţiile urticariene ale pielii corpului. Durerea încetează în multe cazuri odată cu diminuarea fluxului, alteori odată cu oprirea sa completă sau cu expulzia unor membrane.

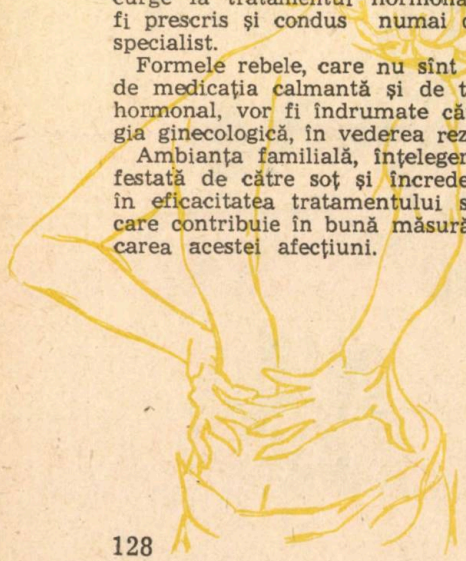
Dispoziţia femeii este în mod evident alterată. Adesea ea este incapabilă să desfăşoare o activitate fizică sau intelectuală susţinută şi cu greu poate face faţă exigenţelor profesionale. În zilele care preced menstrele, dar şi pe parcursul acestora, modificările hormonale importante se repercutează în mod direct asupra psihicului. Femeia devine mai labilă din punct de vedere afectiv, este mai iritabilă, uneori prezintă stări depresive. Supraadăugarea durerilor menstruale nu face decît să accentueze aceste tulburări. De aceea, trebuie să o menajăm, să manifestăm înţelegere şi tact, să o scutim de eforturi fizice prea mari, să-i atenuăm grijile cotidiene. Sentimentul nejustificat de pudoare determină adeseori femeile să accepte aceste suferinţe lună de lună, ca pe un atribut nefast al sexului lor, evitînd consultul medical.

Pentru calmarea durerilor, adolescenta sau femeia dismenoreică recurge la produse medicamentoase ca : algocalmin, aspirină, antinevralgice. Alături de acestea, mai pot fi folosite papaverina, lizadonul, scobutilul, bergonalul sau scobutilul compus. În multe cazuri, tratamentul calmant al durerii, căruia i se poate asocia la nevoie un sedativ, este suficient.

Dacă dismenoreea nu cedează, vom recurge la tratamentul hormonal, care va fi prescris şi condus numai de medicul specialist.

Formele rebele, care nu sînt influenţate de medicaţia calmantă şi de tratamentul hormonal, vor fi îndrumate către chirurgia ginecologică, în vederea rezolvării lor.

Ambianţa familială, înţelegerea manifestată de către soţ şi încrederea femeii în eficacitatea tratamentului sînt factori care contribuie în bună măsură la vindecarea acestei afecţiuni.



Mică antologie de EPIGRAME STRĂINE

Zenon din Ebéa (sec. IV î.e.n.)

DARURILE NATURII

Ne-a dat urechi natura, două, bune,
Şi doar o limbă ce-o avem în gură,
Să auzim cam tot ce ni se spune,
Dar să vorbim, în schimb, mai cu măsură.

Menandru

VINUL ŞI VIAŢA

Ca vinu-i viaţa ! Este just
Şi nu e nici un simulacru.
La tinereţe este must,
La bătrîneţe e vin acru.

Simonide din Ceos (sec. IV î.e.n.)

TĂCEREA

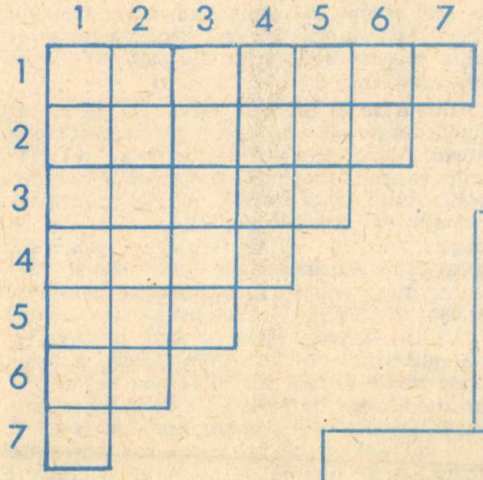
A afirmat un înţelept
(Nu-l contrazic, că n-are rost)
Cînd tace, prostul e deştept,
Cînd tace un deştept, e prost.

Menandru

PĂRUL ALB

Ne-au declarat contemporanii,
Cum că-i ascunsă raţiunea,
Că părul alb marchează anii
Şi nicidecum... înţelepciunea.

Traducere de
GABRIEL TEODORESCU



Triunghi

ORIZONTAL ŞI VERTICAL : 1 Instituţii medicale în care sînt internaţi bolnavii. 2. Senzaţie de spaimă violentă. 3. Organul central al aparatului circulator. 4. „Criză de...", roman de Pop Simion, care relatează cazul limită al unui accidentat aflat pe masa de operaţie. 5. Acalor, în doză înjumătăţită ! 6. Faza de început a unei laringite ! 7. Introducere în etiologie !

ADAM STOICA

P COSMETICA

(monoverb : 4—8)

ADAM STOICA

O SPECIALITATE IMPUSĂ TOT MAI MULT DE VIAŢA SOCIALĂ

CHIRURGIA ESTETICĂ

Prof. dr. doc. VALERIAN POPESCU

Membru corespondent al Academiei R.S.R.

Domeniul chirurgiei plastice, deosebit de vast, cuprinde o gamă largă de intervenţii, urmărind refacerea sau corectarea formelor anatomice ale unor structuri care, fie că lipsesc sau sînt deficitare de la naştere, fie că se dezvoltă insuficient sau, din contră, în mod excesiv în timpul perioadei de creştere, fie că sînt distruse prin procese patologice sau leziuni traumatice. Desigur, prin refacerea morfologică se realizează şi normalizarea funcţiilor afectate.

Deşi chirurgia plastică se adresează tuturor segmentelor corpului uman, ea are indicaţii cu totul particulare în regiunea feţei, fiind impusă nu numai de necesitatea refacerii morfofuncţionale, ci, îndeosebi, de imperativele ameliorării condiţiilor unei vieţi profesionale şi sociale cît mai normale a individului respectiv.

Din acest punct de vedere, chirurgia plastică maxilo-facială trebuie să corespundă şi cerinţelor estetice, respectiv, să redea feţei un aspect cît mai corect, mai

armonios, mai agreabil. Dealtfel, acest deziderat al omului de a avea o față cît mai plăcută a animat dintotdeauna ființa umană, fapt care a determinat ca printre primele intervenții chirurgicale care s-au efectuat vreodată să se numere și operațiile plastice. Această tendință spre mai frumos a dinamizat apoi dezvoltarea și perfecționarea metodelor de chirurgie plastică și nu întîmplător întîlnim în textele medicale din diferite epoci istorice descrieri ale operațiilor plastice. Se pare că primele operații plastice la față s-au efectuat cu peste 3000-4000 de ani în urmă, în India, pentru corectarea unor aspecte ale nasului ; mai tîrziu, în documentele antice (egiptene, grecești și latine) se menționează tehnici de plastie pentru buze, nas etc. În epoca renașterii, pe lîngă imaginarea unor metode de plastie facială, s-au elaborat și așa-zisele „canoane ale esteticii" feței umane, care se refereau la respectarea unor proporții ideale ale feței.

Descoperirea anesteziei și a mijloacelor de combatere a infecțiilor a făcut posibilă, în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, în paralel cu dezvoltarea prodigioasă a chirurgiei în general, și dezvoltarea chirurgiei plastice, punîndu-se de fapt bazele științifice și tehnice ale acestei chirurgii.

S-au imaginat o serie de metode și tehnici ingenioase și eficiente, care, ulterior, au fost perfecționate continuu, astfel încît astăzi chirurgia plastică s-a constituit ca o specialitate bine definită, cu indicații ample și cu rezultate uneori spectaculare.

În mod cu totul deosebit s-a dezvoltat în secolul nostru o ramură distinctă a chirurgiei plastice : *chirurgia estetică* sau, cum i se mai spune, chirurgia cosmetică. Aceasta urmărește să amelioreze formele unor anumite segmente ale feței sau aspectul facial în ansamblu.

Chirurgia estetică se adresează de obicei unei anatomii ce poate fi considerată normală, dar care nu se integrează în criteriile convenționale ale armoniei și frumuseții. Astfel, o piramidă nazală disproporționată ca dimensiune, cu abateri de la forma socotită ideală, etalarea exagerată a aripilor narinare, cu lobul nazal mai voluminos, rotunjit sau, din contră, ascuțit și ușor încovoiat, o bărbie prea proeminentă ori, dimpotrivă, ștearsă sau rotundă, o neregularitate, o pată pigmentată, o cicatrice vizibilă, mai reliefată sau retractilă, înfundată etc., modifică simetria și armonizarea elementelor componente ale feței și, deși nu determină tulburări sau suferințe fizice, atrag atenția anturajului și creează preocupări persoanei respective, care pot ajunge pînă la obsesie.

Prin intervenții chirurgicale adecvate, micile abateri de la perfecțiune pot fi înlăturate, conferindu-se feței un aspect armonios și agreabil.

Pe de altă parte, fața omului reflectă cel mai pregnant efectele trecerii anilor, ale frămîntărilor și ale stresurilor cotidiene, uneori în mod exagerat și în discordanță cu vîrsta, cu starea generală, cu puterea de muncă, cu vioiciunea fizică și intelectuală, cu dragostea de viață, care rămîn încă tinere.

Persoanele cu fața îmbătrînită precoce suportă greu handicapul fizic, punîndu-le într-o situație neconformă cu capacitatea și aspirațiile lor. Or, chirurgia estetică corectează aceste neajunsuri, realizînd întinderea și netezirea pielii feței și a gîtului, ștergerea ridurilor și a cutelor adînci care brăzdează exagerat fața, ridicarea obrajilor căzuți, suprimarea pungilor care deformează pleoapele, înlăturarea depozitelor excesive de țesut grăsos.

În vederea realizării acestor obiective, s-au perfecționat o serie de metode și tehnici de corectare a tegumentelor și formelor faciale, ceea ce a determinat includerea chirurgiei estetice printre ramurile importante ale chirurgiei, cu o legitimitate recunoscută.

Importanța pe care o prezintă chirurgia estetică pe plan uman nu mai este astăzi contestată. Prin armonizarea formelor anatomice și prin ameliorarea aspectului fizic, ea a reușit să influențeze determinant viața individului, atît din punct de vedere profesional, cît și intim, să înlăture unele insatisfacții de ordin afectiv, generate de imperfecțiunea fizică, să-l elibereze de comple-

xul psihologic, să-i normalizeze comportamentul social.

Desigur că actul chirurgical în această specialitate este deosebit de minuțios și delicat și nu întotdeauna lipsit de riscuri. Rezultatele chirurgiei estetice sînt adesea spectaculoase, fapt care a generat unele exagerări și chiar idei false, amplificîndu-i-se posibilitățile, ceea ce a dus în final la speranțe nu totdeauna justificate. Astfel, sîntem confruntați în practică cu solicitări din partea unor persoane care văd în intervenția chirurgicală calea sigură spre reușită, nutrind speranța unei radicale schimbări în viața lor, atît pe plan profesional, cît și sentimental. De aceea, este necesar să menționăm că această chirurgie are posibilități limitate și nu poate satisface unele deziderate excesive, nu poate realiza miracole !

Se așteaptă uneori de la chirurgia estetică redarea unei alte tinereți. Chirurgia estetică reușește într-adevăr să șteargă unele din efectele îmbătrînirii, dar nu poate înlocui toate urmele imprimate de trecerea anilor, nu poate opri evoluția biologică a fizicului uman.

De asemenea, semnalăm faptul că în această chirurgie delicată și pretențioasă, erori mici sau imperfecțiuni tehnice se pot solda cu rezultate nesatisfăcătoare, ce pot antrena consecințe severe, uneori adevărate drame.

Persoana care a beneficiat de o intervenție estetică este ea însăși judecătorul cel mai exigent în interpretarea rezultatului. Desigur că un psihic echilibrat va aprecia obiectiv și logic și va obține satisfacție deplină, în timp ce unele persoane, preocupate în mod obsesiv de deficiența lor estetică, vor manifesta, în continuare, aceeași suferință de care nu pot fi complet eliberate. În aceste cazuri, se poate aprecia că stările conflictuale nu sînt în funcție de reușita operației, ci, mai degrabă, de reactivitatea psihică. De aceea, înainte de a se decide operația, este indispensabilă cunoașterea psihicului persoanei care o solicită. Medicul este singurul în măsură să aprecieze temeinicia solicitării, mobilul care determină persoana să se supună operației, gravitatea elementului dizgrațios și posibilitățile reale de ameliorare. Aceste posibilități trebuie arătate solicitantului, deoarece există riscul ca acesta să fie nemulțumit, deziluzionat sau chiar revendicativ, deși operația este reușită.

Atît medicul, cît și pacientul, trebuie să aibă în vedere că orice operație reprezintă, de fapt, o reparație, iar rezultatul ei depinde nu numai de priceperea, talentul și experiența chirurgului, ci și de felul în care se face consolidarea osoasă sau cicatrizarea. De aceea, nu trebuie să i se ceară mai mult decît ne poate ea oferi, iar cei ce o practică să fie exigenți în indicații și să nu o aplice pentru corectarea unor dismorfii minore sau, poate, imaginare.

Chirurgia estetică — încoronată ca o chirurgie a înfrumusețării — este conștientă de limitele sale și de faptul că mai mult decît perfecțiunea unor forme, a unor reliefuri, a unor linii de contur, frumusețea feței umane este dată de grația unei mimici, de vioiciunea unei priviri, de generozitatea și căldura unui surîs.

Dacă nu poate să confere integral aceste calități, ea se străduiește să corecteze deficiențele anatomice care îngreuiază exprimarea lor cît mai integrală, aducînd astfel o contribuție efectivă la punerea în evidență a personalității umane.

— TATĂ, NU MAI FUMA CĂ-ȚI FACE RĂU !...

— ȘI DACĂ O SĂ FUMEZI NUMAI TU, O SĂ-MI FACĂ BINE ?...

DERMATOZE inestetizante ale feței

Conf. dr. AL. BĂDĂNOIU

Clinica dermatologică

FACULTATEA DE MEDICINĂ, CRAIOVA

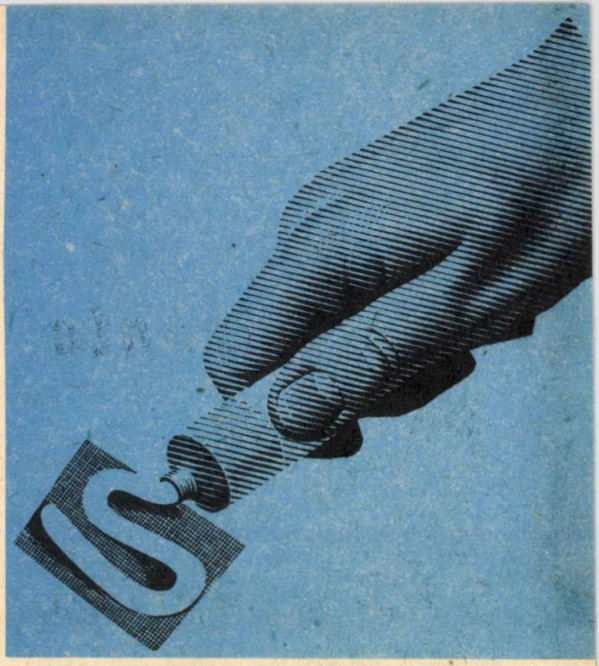
Se știe că în relațiile sociale și interumane, calitatea aspectului general al unei persoane și cu deosebire al feței capătă tot mai mult o însemnătate ce nu poate fi neglijată. O față „curată", îngrijită, creează o stare de spirit optimistă, de încredere și satisfacție, în timp ce existența unor afecțiuni localizate la tegumentele feței, care impietează asupra esteticii, generează, pe lîngă necazuri fizice, adevărate suferințe psihice și complexe de inferioritate, cu toate implicațiile ce decurg de aici atît din punctul de vedere al sănătății generale a persoanei în cauză, cît și din cel al contactelor sale umane.

Atingeri inestetizante ale feței pot să survină încă din copilărie și chiar de la vîrsta de sugar. O afecțiune din cele mai frecvent întîlnite o reprezintă diversele tipuri de **eczeme**, care pot îmbrăca fie aspectul unor plăci roșii, ocupînd ambii obraji, presărate cu mici vezicule și acoperite cu cruste (așa-numita „eczemă de lapte"), fie că, atunci cînd se localizează pe față și în pielea păroasă a capului, se manifestă prin coji alb-gălbui, ca o mătreață mai grasă, precum și prin pete roșietice, presărate cu coji, ca cele evocate mai sus (eczema seboreică). În asemenea cazuri, este vorba mai totdeauna de o eczemă constituțională, manifestare legată de existența unei predispoziții cunoscute sub numele de atopie. Este necesar să subliniem că în mod eronat se recurge la aplicații intempestive de cortizonice, cu consecințe neplăcute, știut fiind că îngrijirea unei asemenea afecțiuni necesită, pe lîngă o medicație locală adecvată formei clinice și fazei evolutive a leziunilor, și un tratament general, inclusiv o sumă de măsuri igieno-dietetice.

O altă dermatoză a feței, întîlnită la copil, este adevărat mai rară, dar nu mai puțin inestetizantă, o reprezintă **acneea infantilă.** Leziunile se localizează tot pe obraji și constau din mici ridicături, cu un conținut gălbui-purulent, înconjurate de roșeață, lăsînd, prin evoluția lor, cicatrice pigmentate.

Angioamele constituie, la rîndul lor, atingeri ale feței, care generează mari griji — nu rareori exagerate — pentru părinți. Este vorba de unele pete roșii persistente, care apar încă de la naștere, dar care pot surveni și în timpul imediat următor. Ele se datoresc dezvoltării localizate, dar excesive, a unor vase sanguine din piele. De cele mai multe ori, se rezolvă pe cale naturală pînă la vîrsta de 5 ani, copiii în cauză trebuind, bineînțeles, aduși periodic la examenul medical de specialitate.

În mod special atragem atenția asupra **impetigourilor** feței, mai ales pentru contagiozitatea lor. Ele se prezintă ca niște pete roșii, pe care fie că se dezvoltă băsici pline cu un lichid seros gălbui (impetigo bulos), fie că apar coji gălbui ca mierea (impetigo crustos sau „bube dulci"), fie că leziunilor citate li se adaugă mici băsicuțe purulente, cu localizare la firul de păr (impetigo vulgar). Tratamentul antiin-



fecţios-antiseptic, recomandat de specialist, şi nu mai puţin respectarea regulilor de igienă individuală rezolvă prompt afecţiunea.

Mai adăugăm şi posibilitatea unor infecţii virale ale feţei copiilor, reprezentate de **moluscum contagiosum,** care se manifestă prin mici formaţiuni rotunde, albroşietice, perlate, deprimate în centru, sau de **verucile plane,** avînd aspectul unor ridicături ferme, roşietice, cu suprafaţa plană.

O dermatoză cu adevărat inestetizantă a feţei, frecvent întîlnită la adolescenţi şi tineri, este reprezentată de **acnee,** afecţiune care se manifestă în diferite moduri. Astfel, uneori ea se prezintă sub forma unor ridicături roşietice, avînd în centru o formaţiune plină cu puroi galben ; asemenea leziuni sînt localizate la baza firului de păr, alcătuind ceea ce se numeşte **acnee papulopustuloasă.** Alteori, ca urmare a traumatismelor pe care, din nefericire, şi le provoacă persoanele în cauză, prin rupere, stoarcere etc., se dezvoltă **acneea polimorfă.** În cazul în care se adaugă formaţiuni mai mari, dure şi incluse în piele, vorbim de **acnee nodulară,** pentru ca atunci cînd nodozităţile capătă dimensiuni şi mai mari, avînd totodată tendinţa la abcedare şi supuraţie, să constatăm **acneea conglobată.** Afecţiunea în cauză are un mecanism mai complicat de producere, în esenţă fiind vorba de o tulburare hormonală, care atinge în mod selectiv complexul pilosebaceu şi, în particular, glanda sebacee.

Îngrijirea acneei presupune instituirea unor măsuri complexe, care vizează atît aplicarea locală a unor medicamente clasice, cît şi a unor preparate mai noi. Se înţelege însă că stabilirea celei mai potrivite medicaţii trebuie făcută pentru fiecare caz în parte de către medicul specialist, cunoscînd că automedicaţia poate genera, în cele mai multe cazuri, efecte adverse. Oricum, este bine să se reţină că persoanelor cu acnee le este interzisă aplicarea pe faţă, local, a medicamentelor sau a cosmeticelor grase.

Referindu-ne la dermatozele inestetizante ale feţei adulţilor, precizăm că ele sînt mult mai frecvente la această grupă de vîrstă. Dintre acestea amintim **dermatita rozaceiformă perioralâ,** întîlnită mai ales la femeile tinere. Ea se manifestă prin mici ridicături cu vîrful purulent, ce apar pe un fond roşietic, presărat cu scuame fine sau mici cruste, elementele eruptive fiind cantonate prevalent în zona din jurul gurii (de unde şi atributul de „periorală"), dar pot interesa şi obrajii, părţile laterale ale nasului şi fruntea. Avînd un determinism complex (nervos, digestiv şi hormonal), dermatoza în cauză presupune un diagnostic corect şi un tratament corespunzător. Subliniem, cu acest prilej, rolul nefast pe care îl au aplicaţiile repetate de pomezi sau creme ce conţin derivaţi cortizonici fluorinaţi. În acest sens, mai mulţi cercetători afirmă chiar rolul cauzal pe care îl au asemenea medicaţii în geneza dermatitei rozaceiforme.

Des întîlnită la maturi este şi **acneea rozacee.** Debutînd sub forma unei congestionări a obrajilor şi a dosului nasului, pe care se desenează vinişoare de sînge dilatate (aşa-numita cuperoză), această dermatoză se mai poate prezenta şi sub forma unei erupţii formate din elemente papulopustuloase, interesînd aproape în întregime faţa, fără a cruţa uneori nici pleoapele. Alteori, afecţiunea se prezintă sub forma de papule de dimensiuni ceva mai mări (acneea rozacee granulomatoasă), pentru ca, în anumite cazuri, nasul să ia un aspect hipertrofic, de-a dreptul respingător (rinofima).

Autentificarea diagnosticului rămîne însă în sarcina dermatologului, avînd în vedere că şi alte leziuni ale feţei (mai ales sarcoidele şi tuberculidele) pot simula o acnee rozacee. De aceea, formularea unei terapii corespunzătoare constituie un act medical de specialitate.

Nu pot fi trecute cu vederea nici aşazisele **seboreide** ale feţei, reprezentate de plăci roşietice, acoperite cu scuame grase şi localizate pe frunte (la marginea pielii păroase), în şanţurile laterale ale nasului, pe obraji, interesînd, nu rareori, concomitent şi pielea capului.

De asemenea, **lupusul eritematos cronic** (eritematodes) atinge cu precădere tegumentele feței, manifestîndu-se sub formă de plăci roșii, infiltrate și acoperite cu scuame aderente, evoluînd cu timpul spre cicatrice atrofică. Dată fiind posibilitatea de evoluție a bolii către forme sistemice, cu afectarea organelor interne, este indispensabilă supravegherea medicală periodică. Se cuvine să semnalăm că există unele infecții micotice ale feței, care simulează lupusul eritematos amintit și care, greșit tratate prin aplicații locale de cortizonice, se agravează în loc să se amelioreze, cunoscînd efectul nefast al corticoizilor asupra infecțiilor parazitare.

Din ce în ce mai frecvent sînt întîlnite **dermitele de contact,** dispuse pe față, care se datoresc acțiunii iritante a unor produse cosmetice, cum ar fi : fardurile, cremele zise de frumusețe, lacurile de unghii, loțiunile de bărbierit etc. Este vorba de plăci sau placarde roșietice, pruriginoase, ce pot atrage atenția asupra naturii lor externe, prin aceea că suspendarea produsului cosmetic în cauză este urmată de ameliorarea și apoi de dispariția fenomenelor cutanate.

O mențiune aparte o rezervăm acelor „semne din naștere", care apar sub forma de proeminențe ale pielii, mai ales dacă sînt închise la culoare, denumite **nevi.** Aceștia nu trebuie iritați, iar în cazul inflamării lor, controlul medical de specialitate devine imperios necesar.

În sfîrșit, semnalăm că la vîrstnici apar pe față unele modificări ale pielii, reprezentate de pete de culoare brun-cenușie, acoperite de o scuamă aspră, leziuni cunoscute drept keratoze actinice. Acestea nu trebuie neglijate, ci bine diagnosticate și tratate, știută fiind frecventa lor transformare epiteliomatoasă.

Așadar, din cele menționate mai sus desprindem o concluzie generală, și anume că tegumentele feței pot fi atinse de o diversitate de dermatoze inestetizante, mai mult sau mai puțin grave. Atragem atenția însă că modificările tegumentare ale feței, oricît de mici și neînsemnate ar părea, trebuie supuse examenului medical, deoarece numai diagnosticul și tratamentul lor precoce rămîn premisele certe ale vindecării.

PRURITUL

Cu toate că este un simptom foarte frecvent întîlnit — practic nu există nici o persoană care să nu cunoască această senzație — pruritul este insuficient definit.

Considerat ca o senzație dezagreabilă, comparată cu cea de gîdilătură, furnicătură, căldură, arsură locală etc., pruritul comportă, pe lîngă acest element de ordin subiectiv, și unul obiectiv : nevoia imperioasă de scărpinare.

Intensitatea, durata, localizarea, frecvența și ritmul crizelor, corect interpretate, sînt de mare valoare clinică, permițînd orientarea diagnosticului spre o anumită suferință (pruritul simptomatic) sau îndepărtînd din discuție vreo afecțiune cauzală (pruritul esențial).

Merită semnalate două particularități clinice ale pruritului, și anume : existența unei adevărate mnemodermii prurigene, care este responsabilă de perpetuarea acestei senzații, precum și apariția acestei senzații în alte părți decît cea direct interesată (la distanță sau chiar în apropierea locului inițial), caracteristică ce a fost denumită metastazare senzitivă.

În interpretarea corectă a pruritului și a semnificației sale clinice trebuie să se țină seama de existența a două feluri de prurit : fiziologic și patologic.

Pruritul fiziologic se produce în funcție de variate și numeroase condiții de mediu extern, dar fiind de mică intensitate și avînd durată scurtă trece, de cele mai multe ori, nesesizat. El devine perceptibil în situațiile în care se impune respectarea unei anumite poziții (momente solemne, gărzi de onoare etc.), în situația imobilizărilor forțate sau în starea de oboseală, după o noapte de insomnie etc.

Durata scurtă, intensitatea mică și dispariția spontană, chiar în afara actului de scărpinare, definesc drept banal pruritul fiziologic, lipsit de semnificație clinică.

Pruritul patologic, simptom sau epifenomen al unor numeroase afecțiuni, are intensitate mare și, indiferent dacă este localizat sau generalizat, se caracterizează prin nevoia imperioasă de scărpinat, care, odată inițiat, este greu de oprit ; în general, numai durerea provocată de grataj oprește scărpinatul.

În majoritatea cazurilor, pruritul apare intermitent, în crize care durează între 5 și 20 de minute și sînt de intensitate variabilă ; de regulă, se constată exacerbare vesperală și nocturnă a senzației pruriginoase, greu suportată de bolnavi. După criză se instalează hipo- sau anestezie tegumentară în teritoriul respectiv, corespunzînd cu regiunea unde se constată leziuni de grataj.

Scărpinatul violent, uneori pînă la sînge, produce leziuni dermice variabile : eritem, excoriații lineare, lichenificare, infecții cu piococi. La persoanele cu prurit cronic, pielea se închide la culoare, devine brună, șanțurile interpapilare se accentuează și, în final, pielea se îngroașă.

Caracteristic vîrstelor înaintate este *pruritul senil* ; el apare după 60—65 de ani, dar incidența cea mai crescută se constată la persoanele trecute de 70 de ani.

Cu toate că este generalizat, pruritul senil respectă două regiuni : pielea capului acoperită cu păr și organele genitale.

Senzația pruriginoasă apare, în cele mai multe din cazuri, seara (la dezbrăcare, la așezarea în pat) sau în cursul nopții, împiedicînd instalarea somnului sau trezind pe bolnav din somn, fără a mai putea adormi. Insomnia conduce la alterarea stării generale, ceea ce poate crea dificultăți de diagnostic. O analiză mai atentă a bolnavului evidențiază că alterarea stării generale se datorește insomniei, atestînd lipsa de gravitate a pruritului.

Pruritul senil se asociază deseori cu senzații subiective particulare, cum ar fi : cele de înțepături, arsuri, furnicături. Dar se pare că, pe lîngă factorii prurigeni generali, la realizarea pruritului senil mai participă în plus hipoproteinemia, cu tulburări cutanate de origine nutrițională, și hipovitaminoza E.

O altă formă de prurit este cel *anogenital*, întîlnit mai frecvent la bărbați decît la femei (de unde și denumirea de prurit anoscrotal), afectînd cu precădere vîrstele tinere. Se localizează perianal, pe fața posterioară a scrotului, în șanțul interfesier și în regiunile inghinoscrotale.

Localizarea anală și perianală este generatoare de senzație pruriginoasă de mare intensitate, cu exacerbare nocturnă, greu suportată de bolnavi, inducînd, în majoritatea cazurilor, insomnie.

Din cauza gratajului, se produc leziuni în grade variate : excoriații lineare, ulcerații mici, rotunde, fisuri și ragade interfesiere, leziuni de epidermită eczematiformă și lichenificare.

Evoluția fiind lungă și tratamentul insuficient, deseori bolnavii fac tulburări neuropsihice.

Pe lîngă factorii de ordin general, în declanșarea pruritului anal au mai fost incriminați :

— factori mecanici (hemoroizi, constipația cronică, compresiuni prin tumori pelviene) ;

— factori infecțioși sau parazitari locali (oxiuriaza, colibaciloza digestivă, candidoza cu *Candida albicans*, limfogranulomatoza inghinală, tricomoniaza vaginală) ;

— factori alergici de origine infecțioasă sau miceliană ;

— modificări locale de secreție sudorală și de pH, precum și acțiunea iritantă pe care o exercită secrețiile rectale asupra tegumentelor din imediata vecinătate a orificiului anal.

Dintre factorii de ordin general, trebuie avute în vedere două afecțiuni care pot produce prurit anogenital : diabetul zaharat și guta.

Pruritul vulvar prezintă însă o intensitate mult mai mare (poate mai mare decît cel anorectal). În general, este localizat clitoridian și labial (comisurile și marginile anterioare ale labiilor mari) ; în unele cazuri, poate interesa tegumentele din jur :

pliurile inghinale, tegumentele mediale ale coapselor şi chiar cele din jumătatea inferioară a abdomenului.

Senzaţia pruriginoasă este asociată şi cu alte senzaţii (de furnicături, arsuri, descărcări electrice), ceea ce face ca acest prurit să fie greu suportat de bolnave.

Ca urmare a scărpinatului, se poate produce lichenificarea tegumentelor respective. Cînd procesul interesează labiile mari, acestea se infiltrează şi îşi măresc volumul, putînd deveni monstruoase.

Raporturile sexuale sînt dificil de suportat, accentuează pruritul şi deseori sînt refuzate de bolnavă (chiar şi de partener, datorită aspectului labial). În acest fel, se creează un cerc vicios psihosomatic, care accentuează şi perpetuează suferinţa locală.

Au fost identificate numeroase cauze locale şi generale care pot contribui la apariţia şi perpetuarea pruritului vulvar :

— factori locali infecţioşi şi iritativ-toxici (tricomoniaza vaginală, leucoreea, infecţia urinară colibacilară, spălăturile vaginale sau tratamentele locale cu substanţe iritante, oxiuriaza, existenţa unei polipoze uterine) ;

— afecţiuni de vecinătate (chisturi ovariene, tumori uterine benigne — fibroame — sau maligne) ;

— perioade fiziologice caracterizate prin perturbări mari hormonale (sarcină, climacteriu) ;

— boli generale (leucemiile, diabetul zaharat).

Modul de apariţie, evoluţia şi contextul general în care a apărut pruritul, pot permite stabilirea diagnosticului prezumptiv încă de la examenul general al bolnavului.

În ceea ce priveşte *bolile parazitare*, pruritul este întîlnit în scabie şi în pediculoză.

În scabie, pruritul prezintă două caracteristici clinice : exacerbarea nocturnă şi localizarea preferenţială : interdigital, pe faţa anterioară a articulaţiei pumnului, în regiunea cotului, axilar anterior, la femei mamelonar şi perimamelonar, în regiunea centurii, inghinal, în zona pliurilor subfesiere, pubian, pe gland şi teaca penisului, la genunchi şi în regiunea gleznelor.

Util pentru diagnosticul pozitiv şi diferenţial al pruritului din scabie este faptul că faţa, gîtul, pielea capului, spatele, umerii şi faţa posterioară a axilei nu sînt interesate niciodată. La sugar, pot fi afectate faţa, gîtul şi plantele.

Uneori, şi cu ochiul liber se constată ridicăturile, veziculele sau papulele făcute de acarianul *Sarcoptes scabiei*, a cărui femelă, pe măsură ce avansează, prelungeşte galeriile în grosimea stratului cornos, unde depune ouăle, din care vor ieşi noi paraziţi.

Deseori, prin grataj, galeriile se deschid şi ies la suprafaţa pielii atît ouăle, cît şi paraziţii, de unde sînt vehiculaţi în alte regiuni ale corpului sau la alte persoane, explicîndu-se astfel marea contagiozitate a bolii. Aceasta se realizează fie direct, fie prin intermediul rufăriei de corp sau de pat, folosită în comun. Atragem atenţia că perioada de incubaţie este de 10—14 zile.

În pediculoză, localizarea pruritului este în funcţie de parazit. Astfel, sînt interesate pielea capului (cu păr) şi regiunea nucală, în cazul parazitului *Pediculus capitis* ; jumătatea superioară a toracelui (atît faţa anterioară, cît şi cea posterioară), precum şi subombilical, o bandă circulară de circa 10 cm, în cazul parazitului *Pediculus corporis*, iar *Phtirius pubis* afectează regiunea pubiană.

Uneori, paraziţii se pot vedea cu ochiul liber, alteori este nevoie să recurgem la examenul microscopic.

În pediculoza capului, examinarea atentă a pielii capului evidenţiază puncte hemoragice produse de rostrul (ciocul) cu care parazitul înţeapă pielea de 2—3 ori pe zi, pentru a se hrăni. Pe firele de păr — la baza acestora — se pot vedea cu uşurinţă ouăle, depuse într-o teacă de chitină, foarte aderentă de firul de păr, denumite lindine ; din acestea iau naştere puii, care, în 3 săptămîni, devin adulţi. Lindinele vii sînt umflate, de formă rotundă, de culoare cenuşie, iar cele moarte sînt încreţite, albicioase.

În cazul pediculozei corpului, paraziţii sînt mai greu de evidenţiat, deoarece ei trăiesc şi îşi depun ouăle pe cusăturile rufelor şi hainelor, venind pe piele numai pentru a se alimenta cu sînge. La locul înţepăturii se formează papule sau papulovezicule urticariene, cu halou inflamator, foarte pruriginoase. Prin scărpinare, se produc excoriaţii rotunde sau lineare, paralele, care se acoperă cu cruste hematice, după eliminarea cărora se produc cicatrice lineare, roşiatice, apoi albicioase, în zonele de elecţie.

În practica medicală, relativ frecvent este întîlnit și *pruritul de origine alimentară*, punînd deseori probleme dificile de diagnostic pozitiv și diferențial. Este vorba de persoane cu predispoziție particulară de a face prurit la ingestia unor alimente ca : raci, stridii, creveți, languste, brînzeturi fermentate, pește insuficient de proaspăt, nuci, căpșuni, fragi, zmeură, mezeluri, alimente conservate prin sărare, carne de vînat (indiferent de modul de preparare), mirodenii (enibahar, foi de dafin, piper etc.), ciocolată, cacao, ouă și chiar la alimentația bogată în carne.

Mecanismul de producere a pruritului de origine alimentară este insuficient elucidat, cu toate că s-au publicat suficiente lucrări în acest domeniu.

La interpretarea corectă a pruritului de origine imunoalergică trebuie avute în vedere și celelalte condiții fiziopatologice care pot induce prurit : boli parazitare digestive, diferite tratamente medicamentoase, hemopatii maligne, boli de colagen, hipotiroidia, alergia, edemul angioneurotic familial nealergic, stresul psihoemoțional.

S-a putut observa și un *prurit de origine medicamentoasă*, întîlnit în cele mai multe cazuri la doze mici, administrate scurt timp, sau chiar la prima utilizare, rareori fiind corelat cu folosirea abuzivă a unor medicamente. Este vorba de medicamente folosite în diferite scopuri : anestezice (cocaina), analgetice (antipirina), sedative ale sistemului nervos central (bromuri, cloralhidrat), opiacee (morfina și derivații naturali și sintetici), antireumatice (săruri de aur), substanțe de contrast radiologice etc.

Pruritul poate fi localizat, fiind legat de calea de administrare (în jurul locului de injectare, în jurul locului de contact cu pielea), sau poate interesa regiuni mari tegumentare. În toate aceste cazuri, pruritul precede, de regulă, celelalte reacții cutanate sau pe cele general-sistemice (manifestări clinice care recunosc același mecanism de producere) : urticarie, erupții exantemice, bule, dermită exfoliativă, eritem polimorf, erupții fixe, eczeme, fotosensibilizare).

Relația prurit / medicament este dovedită prin dispariția sa în urma suprimării administrării substanței respective și reapariția după reluarea tratamentului.

Este binecunoscut și *pruritul din cursul unor dermatoze* ; el face parte integrantă din tabloul clinic al acestora. Se întîlnește în : seboree, hiperhidroză, urticarie, prurigo, eczeme, lichen, varicelă, micozis fungoid etc.

Astfel, în hiperhidroză (transpirație excesivă), pruritul este localizat pe fața internă a degetelor, unde, din cauza gratajului și a frecării pielii, se produce tumefierea epidermei.

În urticarie, gratajul și frecarea conduc la formarea de papule (mici sau gigante) și vezicule sau bule (urticarie buloasă). Dacă papuloveziculele se excoriază (se jupoaie), chiar în afara unui traumatism, în centru se produce o mică crustă — leziune caracteristică pentru prurigo (dermatoză alergică caracterizată prin prurit intens și leziuni papuloase). De asemenea, în eczemă, datorită scărpinatului se formează mici vezicule de mărimea gămăliei de ac, imprimînd pielii un relief neregulat, iar prin golirea conținutului seros, pielea este menținută în stare de umezeală permanentă.

Sînt cazuri în care gratajul conduce la hipertrofia papilelor dermice și a epidermei, la exagerarea pliurilor cutanate și, în final, la formarea de placarde infiltrate, de scuame și excoriații. Se formează astfel lichenul, care poate fi localizat sau difuz, în funcție de aria de distribuție a pruritului.

Pruritul nevrotic reprezintă de fapt o perturbare a percepției senzațiilor, în general fiind însoțit de semne caracteristice de nevroză (astenie, cefalee, insomnie, modificarea afectivității).

Se recunosc trei tipuri de circumstanțe în care apare pruritul nevrotic :

— emoții puternice, suprasolicitări psihoemoționale prelungite, surmenajul intelectual, în cursul bolii Basedow și în psihonevroze ;

— leziuni ale nervilor periferici (cauzalgia) ;

— iritații viscerale profunde (exemplu, în parazitozele intestinale, chistul hidatic), situații în care pruritul apare ca manifestare reflexă.

Pruritul nevrotic poate fi localizat sau generalizat și se exacerbează odată cu factorii inductori. Dar pentru a putea stabili etiologia nevrotică a pruritului, trebuie îndepărtate toate celelalte cauze prurigene (alimentare, medicamentoase, toxice, dermatologice, parazitare, hepatice, renale etc.). Numai procedînd astfel, sîntem siguri că nu greșim, diagnosticul pruritului nevrotic fiind un diagnostic de excludere.

În ultimele luni de sarcină apare *pruritul gravidic*, inițial localizat vulvo-vaginal, iar ulterior se generalizează ; el reprezintă o formă de manifestare a colestazei intrahepatice de sarcină (stază provocată de întreruperea scurgerii bilei din căile biliare în intestin). La scurt timp după naștere, dispare spontan. Cu ocazia sarcinilor ulterioare, pruritul reapare cu aceleași caracteristici.

În cursul insuficienței renale cronice, indiferent de cauza care a condus la instalarea acesteia, poate fi întîlnit *pruritul renal*. Pe măsură ce boala avansează, acest simptom devine mai supărător, determinînd insomnie, tulburări nevrotice și leziuni de grataj.

În mecanismul de producere a pruritului renal au fost incriminați mai mulți factori și anume :

— impregnarea pielii cu calciu, consecință a hipoparatiroidismului secundar, frecvent întîlnit în aceste stări patologice ;

— retenția de clorură de sodiu și de produși azotați în tegumente ;

— depozitarea în piele a ureei.

Singura modalitate terapeutică de a diminua intensitatea pruritului uremic o constituie epurația extrarenală (extragerea din circulația sanguină a corpilor toxici).

În oxiurază, boală parazitară determinată de viermele *Enterobius vermicularis*, întîlnită în special la copii, pruritul are localizare anală, exacerbînd vesperal. Scărpinatul în regiunea respectivă constituie o modalitate curentă de autoinfestare, mai ales în condițiile nerespectării riguroase a igienei mîinilor.

Dr. Emil Popescu

CATRENE

LA MASĂ

Cel ce-i față de bucate
Cumpătat și nu-i mîncău
Este, fără doar și poate,
Cel mai bun medic al său.

UNELE STATISTICI „EXACTE"

Au crescut din filă-n filă,
Cîtă frunză, cîtă iarbă,
Și-acum par ca Moș Gerilă,
Spun povești și poartă barbă.

Teodor Maricaru

DEFINIȚIA EPIGRAMEI

Cunoscîndu-i modestia,
Chiar dacă-o privești prin lupă,
Epigrama-i poezia
Care poartă mini jupă.

Mediul familial și sănătatea

Dacă individul luat izolat poate fi identificat din anumite puncte de vedere cu un autentic atom al organismului social, familia poate fi și ea identificată, la rîndul ei, cu o autentică celulă a aceluiași organism. Acceptînd aceste analogii întru totul firești, vom accepta, desigur, și rolul covîrșitor jucat de celula familială în structura și evoluția societății.

În cadrul familiei se cultivă relații complexe bio-naturale, psiho-educaționale, juridico-economice, moral-culturale etc. Tot aici există și un consens de aspirații și de finalități, stabilindu-se structuri relaționale, care își vor lăsa din plin amprenta asupra membrilor ei. Fiecare individ se identifică, din anumite puncte de vedere, cu familia din care face parte, din care provine, și aceasta pentru motivul că familia în cauză a exercitat ani de-a rîndul acțiuni modelatoare asupra sa într-o perioadă cînd organismul se află în condiții de maximă plasticitate și receptivitate. Satisfăcîndu-i sau nesatisfăcîndu-i trebuințele afective și protejîndu-l sau, dimpotrivă, neprotejîndu-l, familia imprimă copilului un sentiment de siguranță sau nesiguranță în structurile sale, care persistă aidoma unui sigiliu viu.

Influența activă pe care mediul familial o exercită asupra individului lasă urme valabile toată viața. Părinții reprezintă **primele** și în unele cazuri **chiar unicele modele de viață.** Mama, la rîndul ei, reprezintă prima autoritate cu care ne-am confruntat, identificîndu-se în același timp și cu primul sentiment cu care ne-am interferat. Tot mama, înainte de a fi un permanent centru de referință, se identifică cu prima noastră legătură cu lumea, cu universul existențial. Tatăl, la rîndul său, devine primul ideal de forță, de bărbăție, de cutezanță. Dar mai important ca orice este faptul că mediul familial reprezintă al doilea mediu de existență al făpturii umane, al doilea lichid amniotic, de calitatea căruia depinde sănătatea noastră fizică și psihică, echilibrul nostru somatic și spiritual. Pare incredibil, dar toate certurile și adversitățile cu care s-au înfruntat părinții în perioada formativă a descendenților, în copilăria noastră deci, se concretizează nu numai în triste amintiri, ci și în veritabile cicatrice spirituale, în veritabile deteriorări comportamentale sau ale personalității.

Toate dezacordurile latente sau fățișe din familie, pe care copilul le recepționează, rănesc dureros și lasă urme perene, mai ales în perimetrul psihismelor mai fragile, mai sensibile. Toate antagonismele din familie, pe care copilul le metabolizează, determină apariția, mai mult sau mai puțin manifestă, a unui sentiment disecant de incertitudine, sentiment care subminează însăși temeliile securității individuale. Multe din nevrozele adulților, multe din timiditățile și eșecurile acestora, din contrarietățile comportamentale și din insatisfacțiile lor de tot felul își au originea tot în anii îndepărtați ai copilăriei.

Mult timp medicina a fost convinsă că bolile și dezechilibrele de tot felul își au originea în activitatea unor factori agresionali, care țin în exclusivitate de lumea materială, concretizați în traume de tot felul, în noxe fizice sau chimice, în agenți microbieni sau virali etc. Chiar și variatele manifestări psihice, care exteriorizau o suferință a sistemului nervos sau o suferință somatică oarecare, au fost și ele interpretate tot ca modalități reacționale ale organismului în fața unei agresiuni patogene. Această viziune unidirecțională a deturnat atenția medicilor de la un fenomen exact invers, în virtutea căruia și o perturbare psihică oarecare poate, în anumite condiții, să declanșeze veritabile mutații morfologice și funcționale, caracterizînd o boală somatică, deci, o boală organică propriu-zisă. Abia în ultimele decenii și, mai ales, în ultimii ani, medicina a intrat în posesia unor date experimentale, care atestă faptul că acest nou sens din patologia umană există, și că numai lui îi sînt imputabile tot felul de contrarietăți și de manifestări clinice, aparent inexplicabile.

De data aceasta nu mai există nici o îndoială : **factorii psihici se pot comporta față de un organism aidoma unor factori microbieni.** În condiții variate, în care stările tensionale se instalează la cîrma ambarcațiunii umane, pot apărea diferite modificări, care conduc la îmbolnăvire. Mai mult decît atît : după cum un individ reacționează în mod diferențiat în fața unei agresiuni microbiene, tot atît de diferențiat va reacționa și în cazul unei anume agresiuni psihice. Unii indivizi însă nu rezistă atacului, mai mult sau mai puțin susținut, mai mult sau mai puțin nociv, al unor microorganisme patogene și, în consecință, se îmbolnăvesc. Aceeași dinamică reacțională există și în ceea ce privește agresiunea unor factori psihofamiliali, familia putînd, din acest punct de vedere, să se identifice ea însăși cu un factor patogen. Niște cercetători din Lille, și anume doctorii B. Gaudier și G. Ponté, au urmărit îndeaproape și pe o perioadă mai lungă de timp un număr de cazuri la care s-a dovedit netăgăduita influență, benefică sau malefică, a unor traume psihice asupra creșterii somatice, respectiv asupra creșterii staturale. Este vorba de 6 copii, proveniți din medii familiale măcinate de factori psihogeni cu caracter nociv, copii care nu au fost doriți de părinții lor, rezultînd din cupluri întîmplătoare sau din concubinaje nefericite. În aceste familii, viața decurgea într-un permanent climat de insecuritate, punînd la grele încercări structurile mai labile și mai reactive ale copiilor, canalizîndu-i spre violență și dezechilibru.

În acest mediu de promiscuitate locativă, dar mai ales afectivă, sinergismul factorilor agresionali, acționînd asupra structurilor infantile mai fragile și mai impresionabile, a declanșat un veritabil blocaj afectiv, care, la rîndul său, a împiedicat mecanismele creșterii somatice, ca și pe cele ale dezvoltării biologice, în general. Acești copii au rămas, în consecință, hipostaturali, adică nanici. Dar, ceea ce este mai impresionant, este faptul că acești copii au devenit răi, exteriorizînd în plus o inexplicabilă voracitate alimentară, care contrasta în mod flagrant cu creșterea. În viața psihică a acestor copii au survenit mutații de-a dreptul radicale și frapante. Performanțele lor intelectuale nu depășeau niciodată perimetrul mediocrității. În plus, copiii în cauză au devenit nesociabili și introvertiți, triști și apatici, cu nete predispoziții spre violență și viclenie.

Schimbînd însă în bine condițiile socioafective imprimate de cadrul familial, s-a putut constata o schimbare în dezvoltarea fizică și psihică a acestor copii. Acest fapt vine și mai mult în sprijinul observației, în virtutea căreia blocajul afectiv reprezintă o realitate funcțională incontestabilă, identificîndu-se cu o adevărată frînă fiziologică, care, în final, va declanșa și modificări morfologice. Și astfel de exemple pot fi date la infinit, ele întîlnindu-se chiar și în familiile în care copiii sînt doriți, dar care sînt obligați să suporte permanent tirul de artilerie al adversităților dintre părinți, al insultelor și al certurilor dintre aceștia.

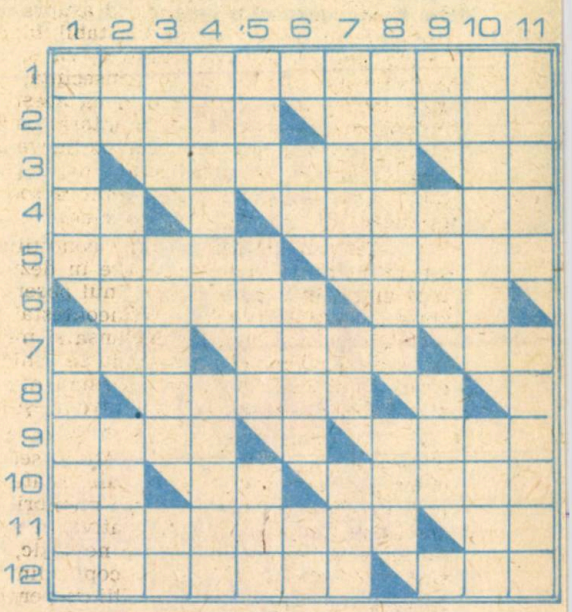
Un copil care evoluează și se dezvoltă într-un cadru familial privat de un climat afectiv și lipsit de liniște și securitate trebuie considerat ca fiind handicapat chiar din momentul nașterii sale. Toate tensiunile, toate interpenetrațiile și toate antinomiile care se stabilesc între membrii unei familii, se infiltrează într-o măsură mai mult sau mai puțin semnificativă în structurile fizice și spirituale ale copiilor. Tulburările psihosomatice de tip nevrotic, ca și comportamentul oscilant sau delincvent, sînt mai frecvent întîlnite la copiii din familiile în care părinții, deși uniți sub raport juridic, conviețuiesc în condiții de perpetuă ostilitate și adversitate, ambianță cu totul necorespunzătoare pentru dezvoltarea psihică și somatică a copiilor. O despărțire legală s-a dovedit, în cercetările sociologilor F. Nye și H. Wallon, mai puțin nocivă decît situația în care cei doi părinți conviețuiesc doar din punct de vedere formal, relațiile lor bazîndu-se pe o profundă intolerabilitate și pe o perpetuă intransigență și adversitate reciprocă. De asemenea, furtul și evadarea sînt mai frecvente în familiile dezbinate, dar și în cele unite, care supraviețuiesc în ambianța unor mari și permanente dificultăți psihologice.

Un alt sociolog, Claude François, menționează în studiul său „Enfants, victimes de la guerre" („Copii, victime ale războiului") problemele și dificultățile educatorilor confruntați cu o categorie de copii care s-au desprins, prin forța împrejurărilor, de nucleul familial, evoluînd în lipsa acestui mediu. Greutățile pe care acești educatori le întîmpină constau în faptul că ei trebuie să-i determine pe copii să accepte de bunăvoie intrarea într-un grup, care să substituie familia pierdută, fără a urmări să le restituie o familie pur fictivă, ceea ce ar fi considerat drept o profanare. Pe de altă parte, se urmărește ca acești dezmoșteniți ai soartei să nu fie izolați într-o confrerie de regrete, de bocete și revendicări, ci să fie adaptați la noul mediu de existență.

Destinul existențial ne este, așadar, determinat și jalonat nu numai de structurile genetice, de zestrea ereditară a cuplului parental, ci și de ambianța acestui de-al doilea mediu de existență, care este familia. Relațiile defavorabile dintre părinți, ca și privațiunea emoțională, acționează în această perioadă de maximă sensibilitate, care este copilăria, cu forța unui taifun. De aceea, considerăm necesar că este bine să se știe : **copilul crește nu numai cu lapte, ci și cu dragoste ; nu numai cu pîine, ci și cu echilibru familial.** O familie este, din anumite puncte de vedere, o veritabilă seră. Dezvoltarea mlădițelor umane este condiționată de diferiți factori, între care cei de ordin afectiv și familial sînt absolut precumpănitori, deși acest lucru nu apare manifest chiar de la prima vedere.

ARCADIE PERCEK

NAS



ORIZONTAL : 1. Compozitor sovietic (1906—1975), creatorul operei „Nasul", după nuvela cu același titlu de N. V. Gogol (Dmitri). 2. Scriitor francez (1828—1885), autorul romanului „Nasul unui notar" (Edmond) — Sculptor francez (1840—1917), realizatorul unui bust intitulat „Omul cu nasul zdrobit" (Auguste). 3. Țară care, alături de țara noastră, a sărbătorit în 1957 două milenii de la nașterea lui Publius Ovidius Naso (în traducere : Nasul), poetul roman exilat la Tomis — Notă muzicală. 4. Ușile ! — Corabie. 5. Tulpina porumbului (pl.) — Invitat. 6. Cu nasul mare — Provoacă apariția ridurilor la rădăcina nasului. 7. Etaj — Operă de Constantin Dimitrescu, în care Nasone, posesorul unui nas respectabil, pretinde pictorului Nastu să-i facă un nas mic, pe cînd Glicone, care era cîrn, pretinde să i se facă un nas mare — Cade la mijloc ! 8. Cord. 9. Prefix medical referitor la nas — Lacom. 10. Treaptă pe scara vieții — Articol nehotărît — A duce pe cineva de nas. 11. Nu văd de nas (fig.) — Lene ! 12. Autorul poeziei „Nasul" (Ioanichie) — A cumpăra.

VERTICAL : 1. Eschimoșii și-l dau frecîndu-și nasurile — Eroul unei piese de Edmond Rostand, care cuprinde și celebra „tiradă a nasului" (de Bergerac). 2. În robă ! — Satelit al Pămîntului, unde celebrul baron von Münchausen ar fi întîlnit, chipurile, băștinași din Sirius, care aveau ochii plasați lîngă vîrful nasului — Podoabe pe care unele femei din Oceania și le atîrnă de nas (sing.). 3. Varietate — Care se referă la limba și literatura romanilor — Acute ! 4. Faraon (al III-lea) care, pentru a-și convinge armata să-l urmeze pe o cărare îngustă și prăpăstioasă peste muntele Arena, spre marea bătălie de la Megiddo, a spus : „Jur pe dragostea lui Ra, pe slava părintelui meu Amon și pe nasul meu care soarbe atît de tinerește viața, că voi merge pe drumul spre Arena !" — Diminutiv de la „nou" (fem. pl.). 5. Servește la cusut — Atomi care au un exces de sarcină electrică de un anumit semn — Servește copiilor pentru făcut... oameni cu nas din morcov. 6. — Elev ! — Mirosul, de pildă — Bine ! 7. Pescar care pescuiește cu oria — Nea! — Avantaj. 8. Țesături pentru perdele — Insulă în Oceanul Pacific. 9. Idee ! — Munte în Noua Caledonie — Sculptură de Rodin, care în 1887 a figurat la salonul oficial din Paris împreună cu „Omul cu nasul zdrobit". 10. Porecla meșterului Anton din „Aventurile lui Pinocchio" de Collodi, căpătată din pricina nasului său, veșnic lucios și vînăt — „Casa de zăpadă" a eschimoșilor, construită din brichete de gheață și zăpadă, cea din vîrf numindu-se „krignak", adică „nasul". 11. Țeapăn — Soția lui Cristea Trei-Nasuri din romanul „Mitrea Cocor" de Mihail Sadoveanu.

Dicționar : RINO, AMI, IGI, IGLU.

ADAM STOICA

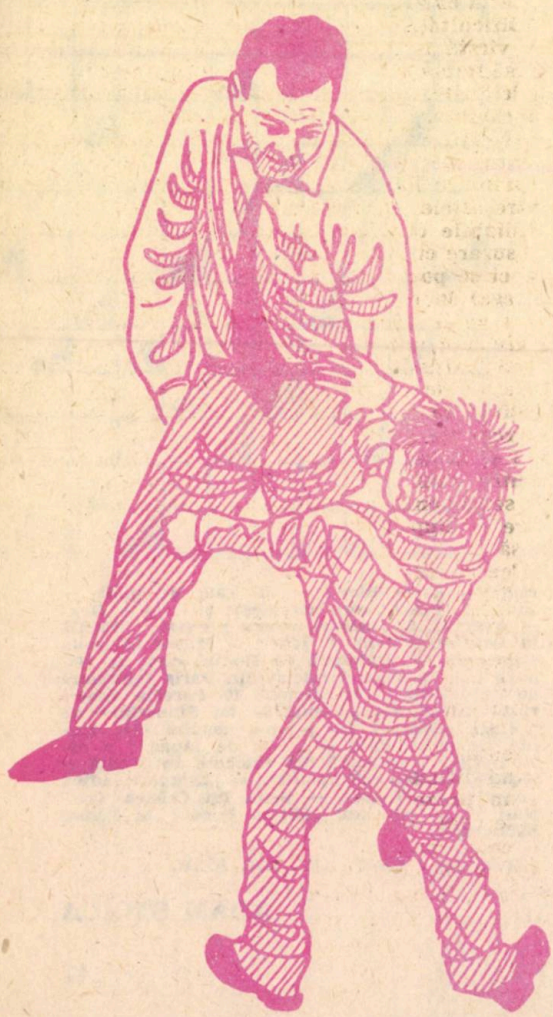
Criza de opoziție
la copilul mic

Conf. dr. ST. MILEA

Clinica de psihiatrie infantilă

SPITALUL „GH. MARINESCU", BUCUREȘTI

Aproape că nu există familie care să nu constate cu nedumerire, neliniște și chiar iritare schimbarea radicală care se produce în comportamentul copilului după vîrsta de doi ani și jumătate, cînd, nepretențios și docil pînă atunci, acesta începe să-și impună tot mai acut un punct de vedere. Este începutul a ceea ce Ch. Büchler a numit criză de opoziție. Ea caracterizează dezvoltarea copilului între doi ani și jumătate și cinci ani. Este perioada lui „Ba, nu !", „Eu singur !", „Eu fac !", „Nu vreau !", ca și a unor manifestări de tipul bătutului din picior, tăvălitului pe jos sau a crizelor dramatice de agitație psihomotorie, însoțită sau nu de auto- și/sau heteroagresivitate, cu care copilul caută să-și impună voința.



Atitudini și manifestări de felul celor menționate domină adesea relațiile copilului cu părinții. Aceștia, considerîndu-și autoritatea periclitată și chiar știrbită, se grăbesc, nu de puține ori, să aprecieze nesupunerea ca lipsă de respect, încăpățînare gratuită sau, și mai rău, ca semn al unor tulburări psihice.

Deși nu toți părinții se adresează medicului specialist, dificultățile rezolvîndu-se de la sine sau prin metode nu totdeauna lipsite de consecințe grave cu scadență pe termen lung, cei mai mulți dintre ei nu înțeleg în suficientă măsură semnificația acestor manifestări și nici nu știu cum este mai firesc să procedeze pentru a nu greși.

De la început trebuie să subliniem faptul că opoziția constituie o manieră de a fi, care face parte din specificul unei anumite perioade a dezvoltării. În condiții normale, ea are mai multe valențe pozitive decît negative : semnifică și, în același timp, creează copilului mult mai multe neliniști, dificultăți și suferințe decît cele care îl afectează nemijlocit pe adult. Acestea sînt consecința firească a faptului că încăpățînarea copilului mic își are originea atît în procesul de edificare a conștiinței de sine și a personalității, cît și în caracterul contradictoriu al trăirilor și prefacerilor emoționale, pe care nu numai că le reflectă nemijlocit, ci, concomitent, le edifică, diversifică, șlefuiește și finisează.

Pînă la doi ani și jumătate copilul a făcut progrese în cunoașterea lumii sale înconjurătoare, pe care și-a apropiat-o, examinînd-o și imitînd-o prin toate mijloacele disponibile. Pe baza achizițiilor căpătate, el devine capabil să se reprezinte pe sine în posturi în care a văzut pe alții. Din acest moment, fie că este incapabil să dea curs unor solicitări, fie că imită atitudini interdictive ale părinților ori refuză, la început întîmplător și mai apoi deliberat, să îndeplinească cerințe ale acestora, copilul începe să se descopere pe sine și să constate că reprezintă o individualitate investită cu voință proprie diferită și chiar opusă voinței celorlalți. El intră astfel într-un proces laborios de transformare a simplului sen-

timent de sine în conștiință de sine și de edificare a unui „Eu" propriu, independent. Este un proces indispensabil normalei dezvoltări a copilului, dar supărător pentru adultul neavizat. Aceasta, deoarece în condițiile în care preșcolarul este nesigur de sine, de forțele și de voința sa, nevoia acută de a se defini, confirma și afirma ca individualitate, nu are nici o altă cale mai accesibilă, mai directă, mai sigură și mai eficientă de a se valida decît exprimarea opoziției sale față de adultul care l-a tutelat și căruia i-a dat ascultare deplină. Pentru a-l înțelege însă pe copilul nerăbdător să stăpînească realitatea înconjurătoare și pe sine însuși, este necesar să nu scăpăm nici o clipă din vedere faptul că mijloacele prin care înfruntă sau pune la încercare autoritatea adultului sînt de fapt inofensive în esență și în conținutul lor. Ele nu au în mod voit un caracter provocator sau de sfidare, nu constituie rea voință și într-un fel nici nu se adresează în mod special sau ostentativ celor din jur. Pentru copil, esențialul nu este obstrucția în sine, înfruntarea, opoziția ca atare sau dorința de a face rău. Prin acest mod de manifestare copilul țintește de fapt nu numai descoperirea, afirmarea și impunerea propriei sale voințe, dar și măsurarea și exersarea propriilor forțe, satisfacerea nevoii imperioase de a se cunoaște și afirma, îndeosebi în propriii săi ochi. Alteori, după cum subliniază P. Osterrieth, nedispunînd încă de scheme de acțiune suficient de variate, care să satisfacă voința sa dornică de exprimare, copilul găsește în sugestiile anturajului un cîmp de inițiative, a căror copiere în negativ le asigură caracterul inedit. Desigur, prin opoziție copilul poate să și protesteze față de amestecul prea des sau prea brutal al adultului în existența sa, amestec în care i se impune ceea ce lui nu-i place sau încă nu înțelege. Vorbind despre nesupunere la copil, Gilbert Robin subliniază, pe drept cuvînt, consecințele nefaste asupra dezvoltării copilului, generate de eventualitatea în care, procedînd conform dorinței părinților, aceștia realizează idealul lor de supunere completă.

Este de la sine înțeles că în oricare din ipostaze s-ar plasa, opoziția copilului duce adesea la tensiuni în relațiile acestuia cu anturajul. Există tensiuni care îl implică mai acut și mai profund pe copil decît pe adult, invers deci decît permit aparențele să se constate. Aceasta, deoarece afirmarea de sine, validabilă prin opoziție, întîmpină nu numai replica anturajului, ci se confruntă brutal în intimitatea copilului cu dragostea și recunoștința pe care se simte dator să le-o exprime, ca și cu nevoia, la fel de intensă și naturală, de afecțiune, simpatie, acceptare și valorizare. Or, pierderea acestor valori subiective este un preț prea mare pe care copilul nu-l poate accepta, iar amenințarea neîncetată cu retragerea afecțiunii pe care acesta o resimte ori de cîte ori refuză ascultarea, nu-l poate lăsa indiferent. Se generează astfel un sentiment de culpabilitate și de teamă cvasicontinuă, care diversifică trăirile copilului și îi solicită din plin resursele emoționale.

Uneori chiar, justificat, copilul se vede nevoit să sondeze gradul de afecțiune de care se mai bucură, exagerînd, aparent absurd, încăpățînarea și punînd astfel la încercare răbdarea și îngăduința celor ce nu-i sînt deloc indiferenți. Dragostea de care se mai bucură încă, în ciuda numeroaselor incidente și amenințări că o va pierde, echivalează în sinea sa cu atitudinea de a i se trece cu vederea și a i se ierta excesele.

Dificultățile copilului în această etapă de vîrstă nu se rezumă numai la atît. O sursă importantă de frămîntări o constituie solicitările, uneori foarte dure, determinate de schimbarea, firească dealtfel, a tipului de relație copil-familie cu cel din colectivitatea de copii. Pe de o parte, această schimbare îl atrage cu o forță deosebită. Între altele, ea îi oferă posibilități noi și echitabile de afirmare, prin comparare și măsurare cu cei de o seamă cu el. Cu aceștia el se poate angaja într-o competiție de la egal la egal, deci cu șorți de izbîndă, ceea ce îi oferă posibilitatea de a cuceri aprecierea, stima și dragostea adulților, respectiv satisfacerea nevoii sale de valorizare. Pe de altă parte însă, intrarea în colectivul de copii organizat sau nu îl obligă să renunțe la prezența securizantă a mamei și la statutul preferențial de acasă pentru unul mult mai frustrant, generator de sentimente contradictorii, derutante, de care — după cum am văzut — nu duce lipsă.

Pentru copil, o importanță deosebită o capătă și alți factori cu răsunet puternic în emoționalitatea sa. Apariția unui frate sau a unei surori mai mici, atitudini lipsite de tandrețe, impunerea prea rigidă a obligațiilor privind autoservirea, lipsa unei suficiente atenții prin partea anturajului, sînt tot atîtea cauze care alimentează sentimentul de insecuritate și rejecție, amplificînd dificultățile de adaptare a copilului.

Am prezentat cele mai importante aspecte care contribuie la diversificarea vieții emoționale a preșcolarului, dar care, prin numeroase și puternice trăiri contradictorii, îi modifică radical comportamentul. Nevoia de afirmare, valorizare și dra-

goste, sentimentul de vină, gelozia, incertitudinile, nesiguranța, ura, neliniștea, ambiguitățile pe care le resimte din plin, precum și incapacitatea de a înțelege suficient și de a accepta realitatea îl fac să fie capricios, exagerat de sensibil, instabil, posesiv, egoist, nesigur, inconsecvent în obțiuni, imprevizibil și greu de înțeles pentru logica gîndirii adulte. Firește, este o greșeală să vrem să reprimăm cu orice preț desele demonstrații de forță și inconsecvență, după cum este eronat să nu li se opună nici o rezistență, lăsînd ca totul să se desfășoare la voia întîmplării. Atitudinea severă, despotică, nu face decît să înăbușe personalitatea copilului sau să-i amplifice la maximum neliniștile, făcîndu-l mai inconsecvent în comportament. Permisivitatea exagerată lipsește, în schimb, pe copil de jaloanele de care are nevoie pentru acceptare, afirmare și valorizare, în același timp alimentîndu-i teama că el nu contează pentru cei ce-l ignoră sau îl tratează cu indiferență. În ambele alternative, deruta copilului face inevitabilă ruptura legăturilor sale cu anturajul, amplificînd sentimentul de insecuritate și făcînd comportamentul său și mai de neînțeles.

Dacă, din contra, vom considera manifestările ce caracterizează criza de opoziție ca expresie a unor particularități de vîrstă cu caracter trecător, vom putea să le abordăm cu tact și răbdare, fără panică și exagerări. Vom reuși astfel să descoperim și să corectăm cauzele care-l fac pe copil să recurgă la forme de manifestare ieșite din comun, refuzîndu-i excesele într-un mod în care el să înțeleagă că în nici un caz nu i se refuză dragostea, că nu el a devenit indezirabil, ci doar unele din actele sale. Este bine să se știe că opoziția, ca atitudine față de persoanele din jur, constituie una din forțele care-l fac pe copil să-și însușească o bună parte din deprinderi. „Eu pot", „lasă, fac singur" etc., exploatate cu tact și orientate cu îndemînare și răbdare spre activități cu conținut pozitiv, reprezintă o pîrghie importantă în educația copilului.

Desigur, vom lua în considerație și faptul că nu toți copiii parcurg perioada crizei de opoziție în același mod, și aceasta ca urmare a particularităților lor individuale de răspuns, determinate atît de factorii înnăscuți, cît și de cei căpătați în etapele anterioare ale dezvoltării. În acest sens, există posibilitatea ca atitudini rejective din partea familiei să fi tensionat relațiile încă cu mult înaintea acestei perioade de viață, dar numai acum, cînd răspunsul copilului capătă rezistență și conținut individual, conflictul său devine dramatic. Oricum, ori de cîte ori familia nu poate sau nu se simte în stare să înțeleagă și să găsească o cale rezonabilă de rezolvare a tensiunilor, consultul specialistului pedopsihiatru este de preferat oricăror soluții arbitrare.

Dicționar umoristic

MEDICAL

ACNEE — manifestare juvenilă.
AMNEZIE — scuza ingratitudinii.
BACTERIE — bastonul lui Pasteur.
BĂTRÎNEȚE — vîrsta altora.
CARDIOLOG — controlor de circulație.
CREIER — cutie de idei.
DIAGNOSTIC — adevăr provizoriu.
EPIDERMĂ — costumul lui Adam.
FEBRĂ — încălzire centrală.
INFARCT — accident de circulație.
NERV — motor cu explozie.
PIELE — îmbrăcăminte de plajă.
SPICHERIȚĂ — femeie radio activă.

Traducere de :
A. C. DRAGODAN

De ce minte

COPILUL

Dr. Sanda Măgureanu

Şef de lucrări
Clinica de psihiatrie infantilă
I.M.F. Bucureşti

Adesea copilul este adus la medic pentru că minte. Din acest punct de vedere există o toleranţă diferită de la părinte la părinte. În timp ce unii părinţi sînt şocaţi de minciunile ocazionale ale copiilor lor, alţii, dimpotrivă, sînt foarte îngăduitori.

Este bine să ştim că nu putem vorbi de minciună la copil înaintea vîrstei de 6-7 ani, vîrstă de la care copilul are noţiunea clară de adevăr şi de fals, de imaginar şi de real. De asemenea, tot de la această vîrstă copilul realizează, mai mult sau mai puţin, scopul utilitar a ceea ce afirmă contrar cu realitatea, în dorinţa sa de a induce în eroare. Pînă atunci vorbim de pseudominciună. Astfel, la vîrsta de 4 ani se dezvoltă la copil simţul adevărului, dar el povesteşte fapte neverosimile, plecînd de la elemente reale, fără a face însă distincţie netă între fapt şi ficţiune. Abia la 5 ani copilul începe să distingă realul de imaginar. La 7 ani el devine îngrijorat, se ruşinează şi are remuşcări nu atît pentru vinovăţia minciunii, cî mai degrabă pentru teama de a fi descoperit.

Se ridică o întrebare firească : pentru ce şi cum minte copilul ? Motivele minciunii şi semnificaţiile ei sînt numeroase. Minciuna copilului apare, în bună măsură, ca rezultat al unei anumite influenţe familiale şi sociale. Astfel, foarte de timpuriu copilul realizează că adulţilor, şi deci şi părinţilor săi, li se permite să deformeze adevărul din politeţe, din interes, din rea voinţă etc. Copilul îşi dă seama repede că vorbele, gîndurile şi acţiunile adultului sînt departe de a coincide şi că deci, de multe ori, minciuna este admisă convenţional.

În relaţiile părinte-copil trebuie să existe o reciprocitate şi în privinţa comunicării adevărului, căci minciuna adultului conduce inevitabil la minciuna copilului. Nu există două feluri de adevăr : unul obligatoriu pentru copil şi altul relativ pentru adult.

Fără îndoială că, în cadrul comunicării părinte-copil, există un grad de libertate, care nu admite obligativitatea de a mărturisi absolut totul. Aceasta se explică, în special, la vîrsta adolescenţei. În cazul în care părinţii se dovedesc a fi excesiv de indiscreţi, se ajunge în mod nedorit la o disimulare, la o alterare a adevărului. Anumite minciuni nu sînt altceva decît simple jocuri, prin deformarea realităţii copilul amuzîndu-se. Dar această tendinţă, manifestată prin joc, se poate transforma în obişnuinţa de a minţi. Întocmai ca şi jocul, minciuna reprezintă un fapt de imaginaţie.

O altă atitudine care conduce copilul la minciună este şi aceea de a-l bănui şi învinovăţi sistematic de minciună. „Nu are rost să spun adevărul, deoarece tot nu voi fi crezut" — va spune copilul. Dealtfel, trebuie evitate relaţiile de tip acuzare-apărare permanentă, practicate de unele familii. Dacă copilul va fi mereu acuzat şi condamnat, el se va refugia automat în minciună.

Nu trebuie neglijat nici faptul că minciuna poate fi învăţată atît în raporturile sociale, cît şi, în special, în cele familiale. În plus, ea este legată şi de structura şi caracterul copilului. În acest caz, se poate vorbi de o adevărată tendinţă spre minciună.

În general, copilul minte cu un scop bine determinat. Cel mai adesea, el recurge la minciună pentru a evita pedeapsa. Astfel, copilul şcolar va minţi în scopul de a convinge asupra unor rezultate bune, atunci cînd notele obţinute sînt slabe. La pubertate însă, minciuna este legată adesea de satisfacerea unor nevoi erotice nepermise.

Există şi cazuri în care copilul minte pentru a nu fi pedepsit un prieten sau, dimpotrivă, pentru a pedepsi pe altul din invidie, ură sau răzbunare.

Nu trebuie omisă nici minciuna spusă dintr-un sentiment de solidaritate cu grupul de prieteni. De asemenea, ea mai poate fi expresia unei dorinţe neexprimate, nerealizate şi contrariate de diverse opoziţii, ca o

compensare. Astfel, un copil normal, dar neadaptat unui moment de viață, fuge de o situație de care îi este teamă pentru a se refugia într-o lume pe care o creează după dorința sa și în care își satisface trebuințele neîmplinite.

Copilul timid minte, pentru ca să pară ceea ce ar vrea să fie, dar există și copii care mint, pentru a-și ascunde ignoranța sau pentru a obține ceea ce n-ar avea dacă adevărul ar fi cunoscut.

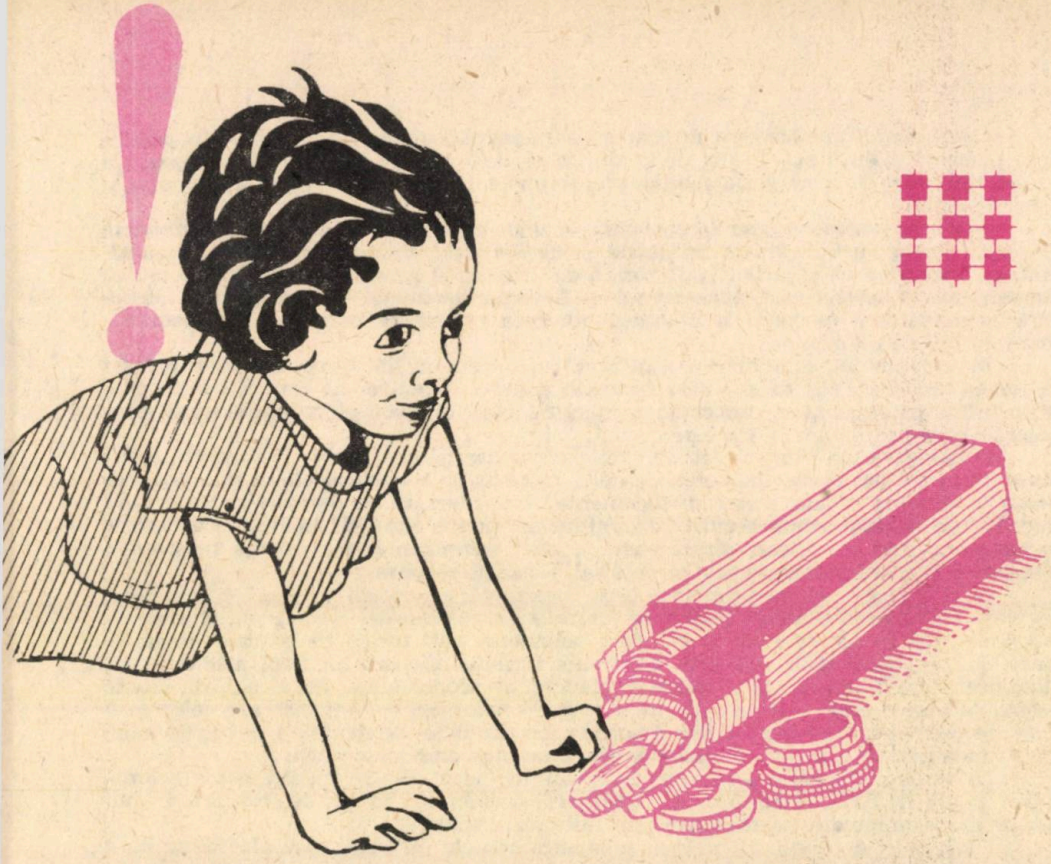
Dar aceste exemple nu epuizează complet motivațiile minciunii la copil. Din multitudinea de fapte și plăsmuiri imaginare rezultă însă un fapt comun, și anume dorința copilului de a-și satisface nevoile contrariate de ambianță. În consecință, decurge de aici o sarcină importantă pentru educatori, și anume aceea de a descoperi motivele minciunii și de a elimina factorii care au determinat-o, fără a ne situa permanent pe o poziție de acuzare și condamnare.

Trebuie să admitem că minciuna pînă la un anumit punct servește copilului să se impună față de cei mai puternici decît el, constituind o manifestare obișnuită de autoafirmare. Însă atunci cînd minciuna se repetă prea mult, fără un sens sau un scop în sine, sau atunci cînd ia un caracter fantezist persistent la o vîrstă la care copilul face deja distincție între real și imaginar, minciuna devine patologică. Acest fapt trebuie să ne determine să ne gîndim la o tulburare psihică, în care caz vom apela la sfatul competent al medicului psihiatru.

INTOXICAȚIILE ACCIDENTALE cu medicamente la copil

Inmulțirea considerabilă a medicamentelor de toate categoriile, utilizarea lor la toate vîrstele și în toate mediile familiale, au creat, pe lîngă avantajele bine cunoscute, și numeroase inconveniente. Dintre acestea ne reținem atenția consecințele pe care le provoacă ingerarea lor accidentală de către copii, în special de cei aflați la vîrsta preșcolarității. Spre deosebire de vîrstele mai mari unde asemenea situații sînt, deși posibile, cu mult mai rare, la vîrstele mici curiozitatea, imprudența și, uneori, lăcomia copilului fac ca intoxicațiile cu medicamente să fie dintre cele mai frecvente.

Posibilitatea producerii lor o creează chiar părinții, care, utilizînd medicamente, le lasă la îndemîna copiilor. Există foarte puține case în care să nu se consume medicamente. Ele sînt apoi lăsate pe mese, pe noptiere, pe etajere, în dulapuri neîncuiate, ceea ce le face accesibile copiilor. Ambalajele și etichetele atrăgătoare, precum și gustul dulce al unora, tentează pe orice copil.



Grupele de medicamente din care se poate servi copilul sînt numeroase, dar ne vom opri numai asupra acelora ale căror posibilităţi de intoxicaţie sînt cel mai des întîlnite.

O grupă de medicamente frecvent utilizată în practica medicală este cea a barbituricelor, dintre care cel mai cunoscut şi mai des folosit este *Fenobarbitalul (Luminalul)*. El are proprietăţi sedative (calmante), hipnotice, antihipertensive, anticonvulsivante şi antiepileptice. Forma sub care poate fi consumat la domiciliu este cea de tablete de 0,10 g (pentru adulţi) şi de 0,015 g (pentru copii), dar, în acelaşi timp, mai intră şi în compoziţia unor medicamente care asociază mai multe substanţe (formule oficinale), cum ar fi : Bergonal, Fobenal, Fasconal, Codenal, Extraveral, Lizadon, Pasinal sirop etc. Manifestările intoxicaţiei cu Fenobarbital constau, în prima fază, din incoerenţă, tulburări de mers, apoi somnolenţă, comă, rărirea respiraţiei. Moartea este posibilă prin oprirea completă a respiraţiei. Desigur că în cazul consumării unor medicamente care, pe lîngă Fenobarbital, conţin şi alte substanţe, apar şi manifestările produse de acestea. O simptomatologie asemănătoare determină Veronalul, substanţă înrudită, care se găseşte în produsul Antimigrin.

Un alt medicament care produce destul de frecvent intoxicaţii la copil este *Romerganul*. Formele sub care se administrează sînt : drajeuri de 30 mg, sirop pentru adulţi, sirop pentru copii. Are indicaţii, în special, în stări şi afecţiuni alergice, dar se foloseşte în plus ca sedativ şi calmant al tusei. Intoxicaţia produce, în prima fază, o stare de excitaţie (paradoxal, efectul substanţei fiind în fond acela de deprimare a funcţiilor nervoase !) : copilul este agitat, delirează, face mişcări dezordonate. Ulterior, se instalează o somnolenţă progresivă şi, în final, comă.

O simptomatologie întrucîtva asemănătoare o produce intoxicaţia cu bromuri, substanţe folosite în diferite formule preparate în farmacie sub formă de bromură de amoniu, de calciu, de sodiu, de potasiu. Se mai găsesc şi în Pasinal sirop.

Medicamentul cunoscut sub numele de *Clordelazin* este utilizat în boli şi tulburări psihice. În cazul ingerării de drajeuri în cantitate mare, se produc tulburări de coordonare, tremurături, apoi somnolenţă, scăderea temperaturii corpului, rărirea respiraţiei şi, în final, comă putîndu-se ajunge la oprirea completă a respiraţiei.

Diazepamul, medicament utilizat ca anticonvulsivant și tranchilizant în psihiatrie, poate fi ingerat sub forma de comprimate de 2 sau 10 mg. Intoxicația produce inițial tulburări de mers și de coordonare, somnolență, apoi depresiune respiratorie și stare de comă.

Aceleași fenomene apar la consumarea unor cantități mari de *Levomepromazin* (Nozinan), drog cu indicații în psihiatrie, și de *Emetiral*, medicament utilizat ca antiemetic (împotriva vărsăturilor), sub formă de drajeuri și supozitoare. De menționat că Romerganul, Clordelazinul, Diazepamul și Levomepromazinul sînt droguri cu structură asemănătoare (derivați ai fenotiazinei), ceea ce explică manifestările asemănătoare, în caz de intoxicație.

Meprobamatul este un tranchilizant (medicament liniștitor) frecvent utilizat în lumea modernă, atît de supusă stresurilor psihice. Ingerarea de cantități mari produce tulburări respiratorii importante, mergînd pînă la edem pulmonar acut și somnolență, care poate duce la stare de comă.

O categorie de droguri deosebit de periculoase pentru copii o reprezintă *opiaceele*, din care fac parte : pulberea de opiu, morfina cu înlocuitoarele ei sintetice, codeina și dionina. Toate aceste medicamente sînt interzise cu desăvîrșire la copilul mic. În caz de intoxicație accidentală, inițial survine o stare de excitație cu euforie și înroșirea feței (la sugar, direct comă !), apoi somnolență, deprimarea progresivă a respirației, edem pulmonar acut și, în final, paralizie respiratorie.

O altă grupă de medicamente care determină intoxicații la copil o constituie derivații extrași din plantele solanacee (mătrăguna, măselariţa, ciumăfaia), și anume : atropina, sub formă de fiole și soluție ; belladona, sub formă de extract, tinctură, sirop, dar mai intră și în alcătuirea diferitelor formule oficinale ale unor medicamente (Bergofen-retard, Bergonal, Fobenal, Foladon) și scopolamina (în Scobutil). Toate aceste substanțe dau — în caz de intoxicație — manifestări asemănătoare celor produse de consumarea frunzelor sau fructelor din plantele menționate : înroșirea feței, uscăciunea gurii și a pielii, somnolență, dilatarea pupilelor (midriază).

Izoniazida (hidrazida acidului izonicotinic), unul dintre medicamentele antituberculoase de bază, poate provoca intoxicații accidentale în caz de ingerare a unui număr mare de tablete. Apar convulsii și tulburări hepatice.

Digitala și derivații ei, precum și medicamentele înrudite, care alcătuiesc baza arsenalului folosit în tratamentul insuficienței cardiace, pot produce fenomene de intoxicație, chiar în doze terapeutice : survin grețuri, vărsături, vedere galben-purpurie (xantopsie), rărirea pulsului, extrasistole, tulburări ale traseului electrocardiografic.

Nu putem să nu menționăm că și mult răspînditele vitamine pot da tulburări. *Vitamina PP* în doze mari produce fenomene de intoxicație, constînd din înroșirea feței, amețeli, scăderea importantă a tensiunii arteriale.

Lista intoxicațiilor medicamentoase este departe de a fi epuizată. Am considerat însă că această sumară trecere în revistă și-a atins scopul, ilustrînd pericolul potențial care există pentru copii în momentul prezenței oricărui medicament la îndemîna lor.

Cît despre tratamentul intoxicațiilor medicamentoase, acesta nu poate fi efectuat cu competență decît de către personalul medico-sanitar. Ca prim ajutor la domiciliu, se recomandă provocarea de vărsături, dar numai dacă nu și-a pierdut cunoștința și nu are convulsii : se dă copilului să ingere un pahar cu apă caldă în care se dizolvă 3 linguriţe de sare sau o linguriță de praf de muștar și apoi se declanșează vărsătura prin gîdilarea faringelui cu coada unei linguriţe. În caz de oprire a respirației, se impune respirația artificială în ritm de 20—30/minut (în funcție de vîrstă) sau insuflația gură la gură, 20/minut, iar în caz de oprire a inimii, se va aplica masaj cardiac extern, prin apăsarea jumătății inferioare a sternului în ritm de 70—100/minut (în funcție de vîrstă). Dacă extremitățile s-au răcit, se recomandă sticle cu apă caldă, bine astupate, învelite în cîrpe și așezate la mîini și la picioare.

Așadar, să reflectăm ! Prevenirea acestor intoxicații accidentale stă la îndemîna fiecăruia din noi. Este necesară însă multă prudență pentru a evita consecințele catastrofale care pot surveni.

Dr. Vladimir Mihăilescu

Clinica de pediatrie, Spitalul „Fundeni"

O BOALĂ A TUTUROR VÎRSTELOR

SINUZITA

Conf. dr. doc. CORNELIA PĂUNESCU

Cavităţi anexe ale foselor nazale, cu care comunică în mod nemijlocit, sinusurile sînt situate pe părţile laterale, deasupra şi înapoia nasului, fiind săpate în oasele feţei şi în cele ale bazei craniului, oase al căror nume îl şi poartă. Observăm astfel cîte o pereche de sinusuri maxilare, sinusuri frontale, celule etmoidale (numite astfel din cauza numărului mai mare şi a dimensiunilor mai mici) şi sinusuri sfenoidale.

Inflamaţia sinusurilor dă naştere la sinuzite sau, mai corect spus, la rinosinuzite şi aceasta, deoarece, cu foarte rare excepţii, cavităţile sinuzale sînt afectate simultan cu cele nazale.

Frecvenţa mare a sinuzitelor la toate vîrstele şi, uneori, urmările lor severe, fac necesară cunoaşterea cîtorva date asupra acestor afecţiuni.

Principalele cauze determinante ale inflamării sinusurilor sînt infecţia şi alergia, care se pot asocia, dînd sinuzitele alergo-infecţioase, cele mai frecvente forme de rinosinuzită. Printre cauzele care favorizează producerea rinosinuzitelor menţionăm : răceala, contagiunea din timpul epidemiilor de boli acute ale căilor respiratorii, afecţiunile obstructive ale foselor nazale (vegetaţiile adenoide, deviaţia de sept, hipertrofia de cornete), infecţiile dinţilor „sinuzali“ (care proemină în sinusurile maxilare), traumatismele feţei şi ale bazei craniului, corpii străini şi tumorile nazale (care împiedică drenarea prin narine a secreţiilor sinuzale, ducînd la stagnarea şi suprainfectarea acestora la nivelul sinusurilor), precum şi starea generală deficitară (limfatism, diabet etc.).

În mod obişnuit, rinosinuzitele se manifestă prin : obstrucţie nazală (senzaţia de nas înfundat, cu jenă respiratorie), hipersecreţie nazală, de tip seros, seromucos sau mucopurulent (însoţită uneori de miros neplăcut), dureri perinazale (în regiunea sinusului sau sinusurilor bolnave), dureri mai accentuate în faza acută a bolii sau în perioadele de reacutizare din faza cronică. Sediul maxim al durerii variază în funcţie de sinusul afectat, şi anume : în sinuzitele anterioare, acesta se pune în evidenţă prin presiunea exercitată pe punctele sinuzale respective (sinusul maxilar, etmoidal anterior şi frontal), în timp ce în sinuzitele posterioare, în care sînt interesate celulele etmoidale posterioare şi sinusul sfenoidal, durerea este percepută în regiunea occipitală (la ceafă). Un simptom specific sinuzitelor alergice este strănutul repetat.

Formele sub care se pot prezenta sinuzitele sînt numeroase. Astfel, după localizarea procesului patologic, distingem : sinuzite maxilare, frontale, etmoidale (etmoidite), sfenoidale, care pot fi izolate sau, mai frecvent, asociate între ele. După natura leziunilor şi a secreţiei, sinuzitele pot fi : catarale (cu secreţii limpezi, de tip mucos, ca în sinuzitele virotice), seroase (cu secreţii apoase, cum sînt cele din rinosinuzitele alergice), purulente (în sinuzitele bacteriene), osteitice sau osteomielitice (în special la copii). În ceea ce priveşte timpul scurs de la debutul bolii, sinuzitele pot fi acute sau cronice.

Diagnosticul de sinuzită trebuie precizat cît mai precoce, apariţia simptomelor amintite obligîndu-l pe bolnav să se prezinte neîntîrziat la medicul specialist. Acesta, în urma examenului clinic şi a radiografiei sinusurilor, iar în cazul sinuzitei maxilare şi în urma puncţiei, va stabili atît sediul, cît şi forma anatomoclinică a sinuzitei.

În ceea ce privește evoluția rinosinuzitelor, aceasta variază în funcție de momentul în care au fost diagnosticate și deci s-a început tratamentul, dar și de calitatea lui. Dacă bolnavul s-a prezentat la specialist la primele semne de boală și dacă a urmat cu conștiinciozitate prescripțiile primite, rinosinuzita se vindecă fără urmă. În cazul în care bolnavul a întîrziat să consulte medicul, nu a respectat întocmai prescripțiile sau organismul s-a apărat mai greu, datorită limfatismului, tuberculozei și diabetului, rinosinuzita va evolua spre cronicizare, fiind posibile și o serie de complicații.

Dată fiind vecinătatea sinusurilor cu organe importante, cum sînt : orbitele, meningele și creierul, precum și comunicarea lor — prin intermediul foselor nazale și al faringelui — cu urechea medie, cu căile respiratorii și digestive, sinuzitele infecțioase, nediagnosticate și netratate la timp și în mod corespunzător, se pot complica cu otite medii, amigdalite, laringo-traheobronșite, bronhopneumonii sau — din fericire mai rar — cu abcese orbitare și reacții meningoencefalice.

În ceea ce privește sinuzitele de natură alergică, ele se asociază adesea cu bronșita astmatiformă, asociație mai frecventă la copil și cunoscută sub numele de „sindrom sinobronșic".

Pentru a grăbi vindecarea sinuzitelor și a preîntîmpina cronicizarea lor, precum și pentru prevenirea complicațiilor menționate, tratamentul trebuie instituit cît mai neîntîrziat și continuat pînă la completa restabilire a bolnavului.

Subliniem faptul că bolnavul trebuie să respecte întocmai toate prescripțiile medicului, atît în ceea ce privește aplicarea corectă a tratamentului local pe toată durata necesară (instilații nazale, aerosoli, fizioterapie, spălături în sinusul maxilar etc.), cît și a tratamentului general (cortico- și antibioterapie, vaccinoterapie, vitamine etc.). De asemenea, se impune tratarea bolii de fond, cum ar fi alergia, limfatismul, diabetul etc. și a afecțiunii nazofaringiene sau bucodentare, care a favorizat și întreține îmbolnăvirea sinusurilor, cum sînt : vegetațiile adenoide, deviația de sept, rinitele, cariile sau granuloamele dinților sinuzali etc.

Ca în toate bolile dealtfel, și în sinuzite metoda cea mai importantă de combatere a lor este *profilaxia*, care constă în :

— călirea organismului împotriva răcelii, prin : aero-, helio- și hidroterapie, îmbrăcăminte adecvată la temperatura mediului, cultură fizică, alimentație rațională în raport cu vîrsta și starea organismului ;

— suflatul corect al nasului, pe rînd cîte o nară ;

— evitarea supraaglomerărilor, mai ales în timpul epidemiilor de boli transmisibile ale căilor respiratorii ;

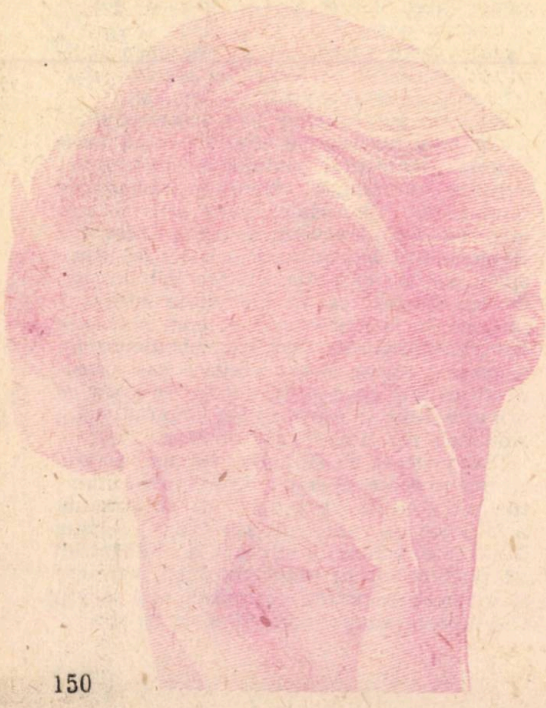
— atenție sporită pentru preîntîmpinarea traumatizării nasului, feței și craniului ;

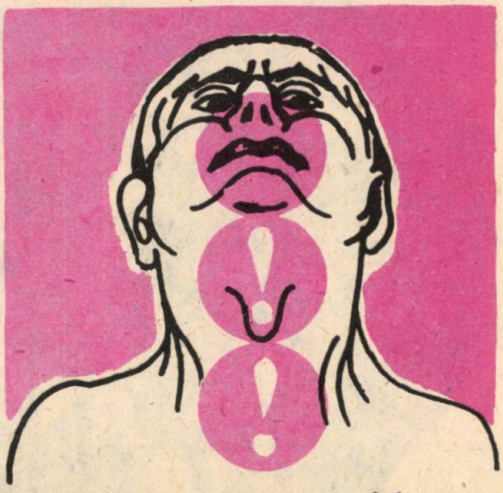
— supravegherea copiilor pentru a nu introduce corpi străini în nas (boabe, mărgele, ghemotoace de hîrtie etc.) ;

— depistarea și tratarea la timp a afecțiunilor rinofaringiene și bucodentare, capabile să favorizeze apariția unei sinuzite, cum sînt : rinitele, vegetațiile adenoide, deviația de sept etc. ;

— combaterea stării alergice prin desensibilizare, medicație și alimentație corespunzătoare fiecărui caz ;

— consultarea medicului specialist la apariția oricărui semn de boală și aplicarea corectă a tratamentului.





CORPII STRĂINI AI CĂILOR AERODIGESTIVE SUPERIOARE

Dr. P. Miloşescu

Spitalul clinic „Dr. I. Cantacuzino", Bucureşti

Pătrunderea corpilor străini în căile aerodigestive superioare sau fixarea acestora în esofag constituie o urgenţă care trebuie rezolvată în timp util, pentru a evita manevrele dificile de extragere a acestora sau riscul unor complicaţii posibile.

Prezenţa corpilor străini în **fosele nazale** este de obicei unilaterală, mai rară la adulţi şi mai crescută la copiii cu vîrsta cuprinsă între 3 şi 5 ani, ca urmare a curiozităţii şi a tentaţiei pe care o manifestă la această vîrstă. Pătrunderea corpilor străini are loc fie pe cale anterioară (narinară), fie prin orificiile coanale din cavitatea bucală, în timpul unui efort de tuse sau de vomă. Între corpii străini care pătrund pe cale anterioară, se pot întîlni : mărgele, pietricele, boabe de mazăre, fasole sau porumb, sîmburi de cireşe sau de vişine, capete de creion, bucăţele de hîrtie, nasturi, diverse obiecte metalice etc. Prin coane pot ajunge şi diverse medicamente sub formă de tablete, precum şi unele particule alimentare ; alteori, se întîlnesc bucăţi de vată sau de tifon, uitate de bolnav sau de medic în fosa nazală.

Chiar şi **sinusurile paranazale** nu sînt scutite de prezenţa corpilor străini, putînd fi întîlnite : proiectile pătrunse prin efracţia pereţilor sinuzali, corpi străini consecutivi operaţiilor (fragmente de sonde, trocare, ace de puncţie, extractoare de nervi dentari, fragmente de apexuri dentare pătrunse în sinusuri în momentul extracţiei, comprese şi drenuri uitate în sinusuri etc.), dinţi ectopici (crescuţi în poziţie anormală), osteoame (tumori benigne ale ţesutului osos), corpi străini de origine nazală şi rinoliţi (calculi), care pot să pătrundă şi în sinusul maxilar.

Pătrunderea corpilor străini în cavitatea **bucofaringiană,** iar de aici fie în laringe, trahee şi bronhii, fie în esofag este, de cele mai multe ori, consecinţa unei neglijenţe sau a unei alimentaţii necorespunzătoare. Este ştiută tendinţa copilului de a duce la gură toate obiectele cu care vine în contact, precum şi modul de a se alimenta uneori neadecvat vîrstei (pepene verde. dovleac, boabe de porumb, fasole etc.). Alteori, obiceiul de a-i îndemna să mănînce, fie distrîndu-i, fie ameninţîndu-i, poate declanşa o criză de rîs sau de plîns, care să ducă la pierderea controlului asupra bolului alimentar. Sînt şi cazuri cînd administrarea unor medicamente sub formă de tablete, la copii mici, poate duce la aspirarea lor în tractul respirator. La adulţi este posibilă aspirarea corpilor străini în căile aeriene sau fixarea lor în esofag, favorizată de unele meserii (croitorie, tîmplărie, cizmărie etc.), precum şi de mesele grăbite, lipsurile dentare, protezele totale şi starea de ebrietate.

Corpii străini traheobronşici pot fi reprezentaţi de cele mai diferite obiecte sau fragmente alimentare, cu condiţia ca ei să nu depăşească, ca dimensiuni, calibrul glotei. Cînd sînt de origine vegetală, ei determină o simptomatologie deosebit de zgomotoasă şi un prognostic sumbru, deoarece odată aspiraţi, se îmbibă cu secreţiile bronşice, ceea ce face să-şi mărească volumul, devenind, în scurt timp, mult mai obstruanţi decît în momentul aspiraţiei. Sînt situaţii cînd corpii străini vegetali se descompun, eliberînd uleiuri vegetale iritante pentru întreaga mucoasă a aparatului respirator. Deosebit de grav este şi faptul că prin fragmentare, ei se pot multiplica, invadînd o bună parte din arborele bronşic. Dintre corpii străini care prezintă o gravitate mai mare, menţionăm boabele de porumb şi de fasole, care dau o mortalitate pînă la 12%. Corpii străini anorganici şi mai ales cei metalici sînt mai bine toleraţi, în special dacă au suprafaţa netedă şi volumul mic. În cazul cînd corpul străin este voluminos, acesta se opreşte la un nivel superior, putînd bloca larin-

gele sau traheea, iar cînd este mic poate să pătrundă în profunzime, ajungînd uneori să depăşească posibilităţile de extracţie pe căile naturale. Suprafaţa neregulată a corpului străin poate provoca leziuni parietale timpurii, generatoare de spasm, inclavare precoce şi obstrucţie marcată. De asemenea, menţionăm că şi greutatea specifică a corpului străin prezintă importanţă, în sensul că o greutate specifică mare permite pătrunderea sa în profunzime, în timp ce greutatea specifică mică, ca aceea a seminţei de pepene verde, favorizează flotarea sa în lumenul traheal, cu ocazia respiraţiei.

În ceea ce priveşte localizarea corpului străin, ea este mai frecventă în bronhia primitivă dreaptă, datorită calibrului şi orientării acesteia în continuarea traheii, după care urmează traheea, bronhia primitivă stîngă şi laringele.

Corpii străini esofagieni sînt mai frecvenţi decît cei traheobronşici, fiind favorizaţi uneori de diskineziile şi modificările de lumen consecutive stenozelor cicatriceale şi neoplazice. La copii sînt mai frecvente monedele şi nasturii, pe cînd la adulţi se întîlnesc fragmente de os, boluri alimentare şi mai rar proteze dentare.

Referitor la simptomatologia produsă de corpii străini ai căilor aerodigestive superioare, menţionăm că ea este diferită, fiind în raport cu corpul străin care a pătruns, cu localizarea acestuia şi cu leziunile produse.

Cînd localizarea s-a produs în fosele nazale, bolnavul acuză strănut repetat, hidroree, rinoree, mucopurulentă şi sanguinolentă, obstrucţie nazală, cefalee, perceperea unui miros fetid în afara oricărei excitaţii senzoriale (cacosmie subiectivă) sau determinată de o afecţiune nazală, dentobucală sau gastrointestinală (cacosmie obiectivă), precum şi scăderea acuităţii olfactive (hiposmie). Dacă nu sînt extraşi la timp, corpii străini din fosele nazale pot provoca sinechii septoturbinale, ca urmare a ulceraţiei mucoasei, erizipel, flegmoane ale feţei şi complicaţii sinuzale. Rareori, prezenţa unui corp străin în fosele nazale poate realiza formarea unui calcul nazal (rinolit), prin depunerea în jurul lui a unor săruri de calciu, a oxidului de fier, precum şi a fosfatului şi carbonatului de magneziu.

Prin pătrunderea corpului străin în lumenul traheobronşic, tabloul clinic trece printr-o fază de invazie, una de stare şi alta de complicaţii. Faza de invazie poate fi nu numai prima, ci şi ultima, cînd corpul străin este voluminos şi blochează arborele respirator, situaţie care depăşeşte posibilităţile terapeutice, aparţinînd medicinii judiciare. De cele mai multe ori, faza de invazie durează pînă la o jumătate de oră şi se caracterizează prin dispnee acută, cianoză şi anxietate. Treptat însă, respiraţia se adaptează la noile condiţii, iar criza cedează, urmînd faza a doua, cea de stare. În această fază, tabloul clinic este determinat de gradul de obstrucţie, fiind caracterizat, la copil, prin dispnee mai mult sau mai puţin accentuată, întreruptă de chinte şi tuse. Totuşi, cînd corpul străin are un calibru foarte mic, tulburările respiratorii sînt minime sau chiar absente, situaţie care nu trebuie deloc neglijată. În cazul că nu se practică extracţia, se instalează faza complicaţiilor, determinată de caracterele corpului străin, de durata de stagnare a acestuia şi de vîrsta copilului.

În ceea ce priveşte complicaţiile, ele pot fi mecanice sau septice, condiţionîndu-se reciproc. De exemplu, o complicaţie de ordin mecanic o reprezintă atelectazia (turtirea alveolelor pulmonare), care poate interesa un segment, un lob sau chiar un plămîn întreg, în funcţie de bronhia obstruată. Emfizemul prin hiperpresiune interesează teritoriul pulmonar indemn, iar cîteodată se întîlneşte emfizem de partea afectată (emfizem în supapă, emfizem valvular închis). Independent sau concomitent cu aceste leziuni, se instalează uneori şi fenomenele septice, la început sub forma unei traheobronşite catarale, apoi supurate, pentru ca după aceea să apară la copil şi bronhopneumonia. Mai rar putem întîlni abcesul pulmonar, bronşiectazia şi

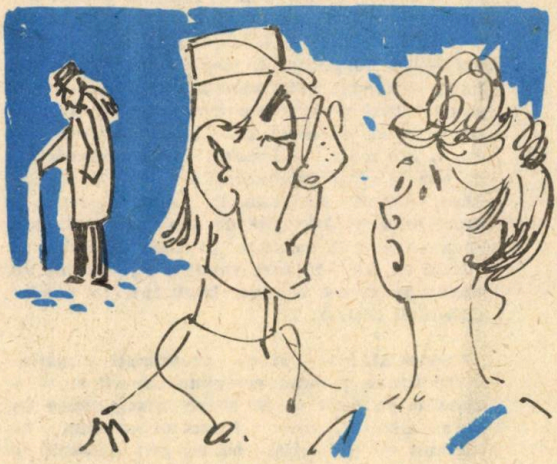
cangrena pulmonară. Aceste complicații apar mai ales la adulți și numai după o persistență îndelungată a corpului străin, deoarece copilul nu mai ajunge în acest stadiu. Destul de rar poate fi întîlnită în teritoriul atelectaziat o scleroză pulmonară.

Corpii străini esofagieni prezintă o simptomatologie dominată de tulburările de tranzit esofagian, avînd o intensitate variabilă, în funcție de dimensiunile corpului străin și de spasmul supraadăugat. Așa, de exemplu, o monedă sau un nasture permite alimentarea relativ bună cu lichide sau semisolide, în timp ce bolul alimentar sau un fragment de os cu suprafața neregulată, care a produs leziuni parietale accentuate și spasm consecutiv, determină sindromul esofagian, caracterizat prin disfagie totală, regurgitații și sialoree (exagerarea secreției salivare).

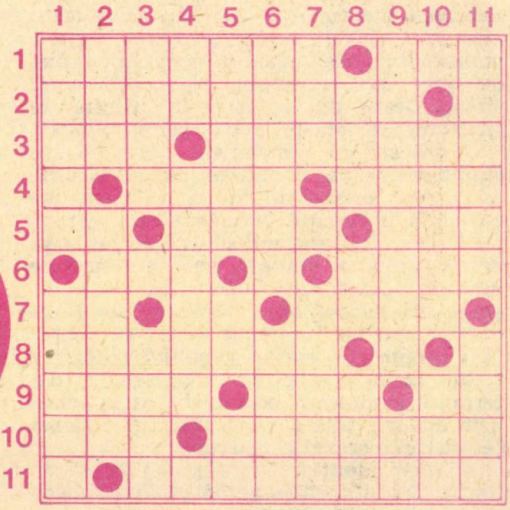
Atragem atenția asupra gravității corpilor străini din căile aerodigestive superioare și a necesității extragerii lor de urgență într-un serviciu de specialitate. Atunci cînd ei sînt situați la nivelul esofagului, recomandăm bolnavilor să nu ingere alimente solide (coajă de pîine, varză, morcovi etc.), cu speranța că vor ajunge în stomac, de unde vor fi digerate sau eliminate prin scaun, deoarece rareori se obține efectul dorit și aproape totdeauna are loc inclavarea corpului străin, producînd leziuni esofagiene parietale. În această situație, manevrele de extracție devin foarte dificile, fiind soldate cu unele complicații ca perforația esofagului și mediastinita secundară. Iată deci că și corpii străini esofagieni reprezintă un accident grav, care pune în pericol viața bolnavului. Acestuia îi pot fi administrate sedative, antispastice și antibiotice, iar alimentația pe căile naturale trebuie întreruptă.

Așadar, corpii străini ai căilor aerodigestive superioare reclamă o urgență deosebită, deoarece pot duce la accidente din cele mai periculoase și de aceea trebuie priviți cu toată seriozitatea, îndrumînd bolnavul cît mai urgent posibil spre servicii de specialitate.

— SORĂ, DACĂ MĂ CAUTĂ CAREVA SÎNT LA O CONSFĂTUIRE...
— N-AȚI UITAT RÎMELE ?...



— NU MAI ARE NICI O ȘANSĂ, DOCTORE?
— FII TARE, AI TOATĂ VIAȚA ÎNAINTE !...
— DA, DAR ÎMI RĂMÎNE SOACRA PE CAP !



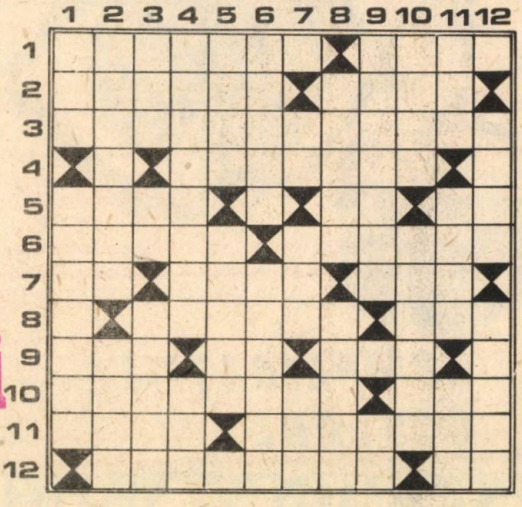
ORIZONTAL : 1. Navigator și politician englez (1522—1618) despre care se știe că a fost primul fumător de pipă din Anglia, din care cauză valetul său, văzînd că-i iese fum din gură, i-a turnat cu de-a sila o cană de apă pe gît, pentru a-i stinge... incendiul din pîntece (sir Walter) — A da un pahar pe gît. 2. Basm de W. Hauff, al cărui erou este un uriaș, în ale cărui cizme poate încăpea pînă la gît un om stînd în picioare (2 cuv.). 3. Animal căruia, pentru a fi pus la muncă, i se petrece peste greabăn o curea numită gîtar — Autorul poeziei „În pustiu, cu gîtul uscat...“ (vol. „Cîntec de trecut Akheronul“ ; Dorin). 4. Mărul lui... în gîtul nostru — Pe jumătate. 5. Neg ! — Ordin, decret (înv.) — Cuvînt strict tematic. 6. ... Pînă-n Gît, pseudonimul cu care și-a semnat Tudor Arghezi articolele în perioada 1931—1933 — Orificiu nazal. 7. Din mers ! — Precum — A se murdări. 8. Se pun la gîtul unor animale. 9. Riu în Irak — Riuri — Notă muzicală. 10. Acoperă capul — Eroul nuvelei „Din gît“ de Ion Istrati. 11. Autorul (1830—1887) basmului „Prislea cel voinic și merele de aur“, în care voinicul se luptă cu un zmeu, pe care-l răpune, băgîndu-l în pămînt pînă-n gît (Petre).

VERTICAL : 1. Ulei cu proprietăți purgative — Diviziune a unei competiții sportive. 2. A ajutat-o pe sora ei să scape nesugrumată de Barbă-Albastră, eroul basmului omonim de Perrault — Ierbivoră cu un gît deosebit de lung. 3. Violet — Zei casnici la romani, de gîtul cărora adolescenții atîrnau, după ce împlineau 18 ani, așa-zisele „Bullae“, un fel de cravate purtate de ei la gît pînă la majorat, cu scopul de a-i apăra de boli și de duhuri rele. 4. În temă ! — Celebră dansatoare americană de origine irlandeză (1878—1927), care a murit în condiții tragice : eșarfa pe care o purta la gît s-a încolăcit de roata automobilului în care călătorea, strangulînd-o (Isadora). 5. Dormitor (reg.) — Fiul secolului — Pepsi ! 6. Gît — A împodobi. 7. Tîrg în Olanda — Condiment. 8. Paner — Nea ! — Dînsele. 9. Gîtlej — Sînt (pop.). 10. Sultan (înv.) — Înflorește-n... gîtul raței ! 11. Oraș în jud. Sibiu — Fotbalist de la „Dinamo“, București.

Dicționar : UCAZ, AFAN, LARI, HED, AMIRA.

ADAM STOICA

— DE CE S-O FI NUMIND „RĂCEALĂ“ CÎND TE IA CU-AȘA „ÎNCĂLZEALĂ“ ?...

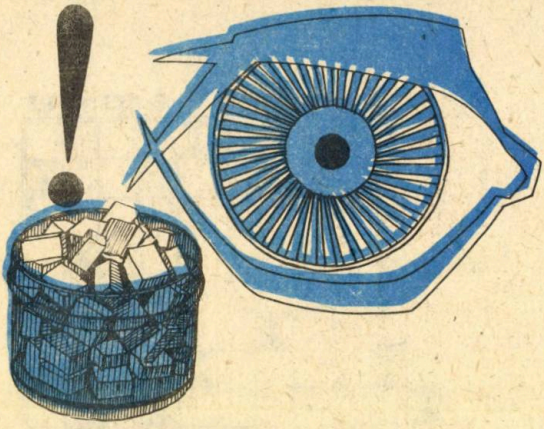


ORIZONTAL : 1. Filozof grec (435—360 î.e.n.), care, fiind admonestat de un prieten pentru faptul de a se fi înjosit aruncîndu-se la picioarele tiranului Denis spre a obține o favoare, acesta îi răspunse : „Ce să fac, dacă omul acesta are urechile la picioare ?“ — Partea osoasă a labirintului urechii interne. 2. Membrană elastică ce desparte partea externă a urechii de cea mijlocie, transmițînd prin vibrații undele sonore la urechea internă — Scriitor maghiar, autorul romanului „Omul cu o singură ureche“ (Tibor). 3. Eroina titulară a unui roman de Lev Tolstoi, care, fatal îndrăgostită de Vronski, remarcă în gînd, privindu-l : „Ce urechi clăpăuge are... !“ (2 cuv.). 4. Numele băștinaș al Insulei Paștelui, unde au trăit în trecut două rase deosebite, „urechile lungi“ și „urechile scurte“, prima exterminînd-o pe cea de-a doua într-un război. 5. Popor antic din nordul Mării Negre — O podoabă de fată — Bacău (abr.). 6. Întocmai — A îndurera (fig.). 7. Posezi — Miazănoapte — Romancier portughez (1845—1900). 8. Eroul nuvelei „Urecheală“ de Ion Istrati (Topală) — Octombrie (abr.). 9. Cuneiformă babiloniană — Douăsprezece luni — Frîntură de timp. 10. Poet comic latin (190—159 î.e.n.), care, în comedia sa „Phormio“, citează cuvintele : „Tenere lupum de auribus“ (A ține lupul de urechi), devenită o expresie ce înseamnă a fi stăpîn pe situație — Haini. 11. A percepe sunetele cu ajutorul urechilor — Care vine de la aștri (fem.). 12. Se culcă pe o ureche — Bețe !

VERTICAL : 1. Trece prin urechile acului — Unul din cele trei oscioare ale urechii mijlocii. 2. „Piatră la...“, piesă de Paul Everac, în care apare drept protagonist Urechiatu — „... fără urechi“, fabulă de La Fontaine. 3. Cîntec de slavă — Doi roman — Lipsiți de auz. 4. Aspri, austeri (fig.) — Localitate în Belgia. 5. Oraș în Japonia — Popor din vechime, la care era obiceiul ca la judecată să se atingă lobul urechii martorilor ca să nu uite că trebuie să declare adevărul, socotindu-se că lobul urechii este și sediul memoriei. 6. Nepotrivit pentru o anumită sarcină — Sos ce se adaugă la unele mîncăruri. 7. Soare egiptean — Orășel în Japonia — Acest (pop.). 8. Tiran din Siracuza, care a dispus să se construiască în închisorile publice locuri secrete, în formă de ureche, unde se ascundea și asculta șoaptele prizonierilor — Care apar pentru prima dată (dim.). 9. Dans de origine franceză (pl.) — Petre! 10. Trib de indieni din America de Nord — Floare la ureche (fem.). 11. Rîu în Islanda — Ciine de vînătoare, cu urechi mari și clăpăuge — Imaculat. 12. Volum de versuri în care Mihai Ursachi a inclus și poezia „Parabola Urechii și a Numărătorului“ — „Omul cu urechea...“, autoportret de Van Gogh (masc.).

Dicționar : ESA, ILU, EIN, TAKA, UDO, ERII, LYN.

ADAM STOICA



COMPLICAȚIILE OCULARE ale diabetului

Prof. dr. M. Olteanu, dr. B. Cârstocea

Clinica de oftalmologie,
Spitalul militar central

Conform unei statistici recente a Organizației Mondiale a Sănătății, în lume există circa 42 de milioane de nevăzători, ceea ce înseamnă că din 100 de oameni unul este lipsit de vedere, cel mai important dintre simțurile de relație cu mediul înconjurător. Dacă în țările slab dezvoltate locul întîi între cauzele orbirii este disputat între trahom, oncocercoză și malnutriție, boli ale sărăciei și lipsei de salubritate, în țările mai dezvoltate locul întîi este deținut de diabetul zaharat. Boală a civilizației, a alimentației nerationale, chiar dacă incriminează și un factor ereditar, legat după toate probabilitățile de antigenele leucocitare HLA, aceasta tinde să devină un veritabil flagel al secolului nostru.

Manifestările oculare ale diabetului zaharat sînt diverse, și cum este infinit mai lesne să previi o infirmitate gravă decît să o combați după ce aceasta s-a instalat, considerăm că este necesar ca ele să fie cunoscute de cei afectați.

Una dintre primele manifestări oculare ale diabetului zaharat, uneori necunoscut încă de bolnavi, care se întîlnește mai ales la purtătorii de ochelari, este acea „nepotrivire a ochelarilor" nejustificată prin nimic. Folosind ochelarii pentru citit, unele persoane constată, mai ales după mese, că aceștia sînt „prea puternici", poate chiar inutili, în timp ce vederea la distanță este slabă, fenomen inexistent înainte de mese, cînd individul vedea bine la distanță, dar prost la citit. Acest lucru este relativ ușor de explicat : creșterea nivelului glucozei în sînge după mese se reflectă și la ochi, printr-o creștere a glucozei la nivelul cristalinului, ceea ce amplifică artificial numărul de dioptrii al acestei lentile intraoculare, determinînd o miopie pasageră. În condiții de foame, cînd glicemia scade la nivelul său obișnuit sau poate ușor subnormal, această miopie dispare și totul revine la normal. Astfel de fenomene trebuie să determine persoanele care au depășit vîrsta de 40 de ani să-și controleze glicemia. Este un semn aproape la fel de important ca și setea de apă a diabeticului.

Tot creșterea glicemiei este responsabilă, rarisim, de manifestări edematoase (inflamatorii) ale irisului : ochi roșu, extrem de dureros, cu lăcrimare abundentă și încețoșarea vederii, simptomatologie care cedează spectaculos la cantități mari de insulină injectată intravenos.

Un colectiv din clinica noastră a dovedit pentru prima oară în lume existența acestei entități nosologice, publicînd în revistele de specialitate din țară și în cele franceze cazul unui tînăr doctor, sportiv de performanță, care, pe lîngă fenomenele oculare, intrase și în comă, diagnosticată drept diabetică. Pînă atunci, infiltrarea cu zahăr a irisului (foița colorată a ochilor) era contestată. Glicemia crescută de 10 ori față de normal și proba terapeutică au confirmat ulterior, fără dubii, această cauză ; înroșirea ochiului în cazul menționat presupunea creșterea medicației antidiabetice, astfel că irita edematoasă și dureroasă a constituit nu numai un test diagnostic, dar și de compensare terapeutică.

Există însă tulburări infinit mai grave determinate de diabet. Printre acestea menționăm *retinopatia diabetică*. De fapt, retinopatia diabetică reprezintă consecințele oculare ale unei suferințe profunde a vaselor sanguine, cu precădere ale celor mici (capilare, arteriole, venule), suferință prezentă peste tot în organismul bolnavului de diabet de cel puțin 15 ani. Dar cum ochiul este singurul organ care permite examinarea directă a vaselor sanguine, se poate spune că aspectul fundului de ochi dă o imagine elocventă asupra stării întregului sistem circulator.

Într-o primă fază a retinopatiei diabetice, suferința retiniană nu este mult deosebită de suferința retiniană din ateroscleroză sau din hipertensiunea arterială : arterele sînt

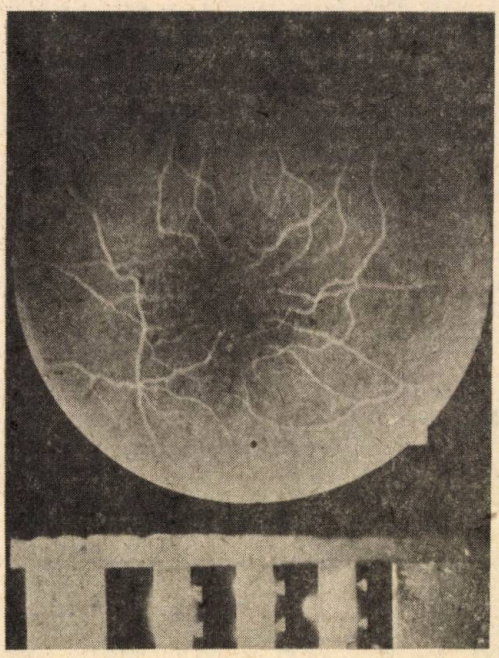


Fig. 1

Fig. 2

mai subțiri, cu spasme, iar venele mai dilatate. Un examen de mare finețe — angiofluorografia retiniană — poate evidenția în acest stadiu mici varicozități, așa-numitele „microanevrisme", punctul de plecare al viitoarelor hemoragii (a se vedea în fig. 1 și 2 imaginile comparative între fundul de ochi normal și cel suferind).

Ulterior, în faza a doua, apar hemoragii retiniene, edeme, exsudate. Aceste două prime faze ale retinopatiei diabetice sînt faze în care, intervenindu-se prompt și corect, boala poate fi mult temporizată. Este vorba, desigur, în primul rînd de o reducere a glicemiei la nivelul normal, prin regim alimentar și tratament medicamentos, stabilite de specialistul în boli de nutriție sau de către internist. În acest stadiu, oftalmologul va interveni, indicînd trofice vasculare, antihemoragice, vasodilatatoare și vitamine. Acestea sînt și stadiile în care tratamentul cu lumină de mare intensitate (laser cu argon, în special fotocoagulare cu xenon) este extrem de eficace.

Cînd stadiile I și II ale retinopatiei diabetice sînt depășite, la nivelul retinei țesutul nobil retinian începe să fie înlocuit cu un țesut de neoformație — fibrina hemoragiilor resorbite — determinîndu-se aderențe retractile între retină și vitros (umoarea sticloasă). Este faza retinopatiei diabetice proliferante, în care retina ajunge, de la un anumit moment, să fie „acoperită" de o veritabilă membrană fibrinoasă preretiniană sau intraoculară ; ulterior, apar mari hemoragii în vitros, dezlipire de retină, glaucom secundar.

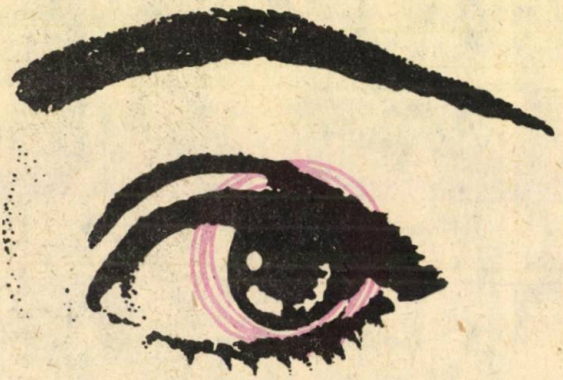
Posibilitățile de tratament în faza retinopatiei proliferante și a complicațiilor sale sînt extrem de limitate. Există tehnici chirurgicale oftalmologice foarte laborioase, care permit uneori înlocuirea vitrosului inundat de sînge și de fibrină cu o substanță transparentă și, eventual, chiar fragmentarea membranei preretiniene. Această tehnică chirurgicală intrată și în arsenalul terapeutic al oftalmologiei românești se numește vitrectomie. Cu toată tehnica impecabilă, rezultatele sale funcționale (referitor la vedere) sînt deseori modeste, datorită marelui grad de alterare retiniană, retina fiind mascată de opacitățile din vitros.

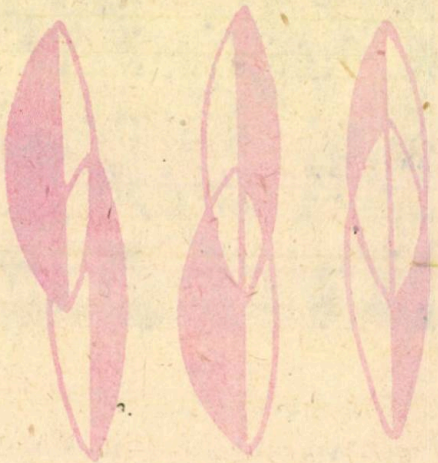
Tot o complicație a diabetului o constituie adesea *cataracta*. Apariția cataractei la diabetici se explică prin acumularea de glucoză și de produse de metabolism ale acesteia la nivelul cristalinului.

Desigur, ca în toate cazurile de cataractă, bolnavul poate fi operat, dar operația nu se poate face decît în condițiile în care gli-

cemia este redusă la un nivel preoperator acceptabil, cît mai aproape de limita normalului. Pe de altă parte, prognosticul funcțional al operației de cataractă la diabetic este în funcție de gradul de alterare a fundului de ochi, datorită retinopatiei diabetice întotdeauna prezentă.

Din cele expuse rezultă gravitatea consecințelor oftalmologice ale diabetului, dificultățile deosebite întîmpinate în tratamentul acestora, precum și rezultatele, în general, modeste. De aceea, cunoscîndu-se că este mult mai ușor să previi decît să tratezi, este bine ca orice diabetic să se supună cu regularitate și examenului oftalmologic, spre a descoperi din vreme primele semne ale complicațiilor oculare ale acestei grave boli.





LENTILELE de contact

Protezele optice de contact, denumite și lentile de contact, cunosc în prezent o răspîndire tot mai largă. Dacă în urmă cu 10 ani numărul purtătorilor de lentile de contact nu depășea 250 000, astăzi, acesta a crescut la aproape 10 milioane și, cu siguranță, se va dubla în următorii 2—3 ani. Aceasta se datorește, fără îndoială, îmbunătățirilor importante care li s-au adus prin realizarea lentilelor moi, hidrofile.

În timp ce la orice ochelari lentilele sînt separate de ochi printr-un strat de aer, cele de contact sînt aplicate direct pe fața anterioară a corneei, separată doar de un strat subțire de lichid lacrimal, care menține pe loc lentila corneană și suprimă neregularitățile și defectele de curbură (astigmatismul cornean).

Lentila de contact, care aderă de globul ocular, se deplasează odată cu acesta în toate sensurile privirii, oferind un cîmp de vedere mult mai bun și mai aproape de normal, cu un confort vizual apreciabil. Acest avantaj este mai sensibil în viciile mari de refracție ; corecția prin lentile de contact a unei miopii de grad mare permite obținerea unei imagini retiniene mult mai mari decît cea obținută prin ochelari. De asemenea, în afachia unilaterală (afachia este rezultatul extragerii cristalinului opacifiat congenital, traumatic sau metabolic), imaginea retiniană produsă prin lentila de contact este mai aproape ca mărime de imaginea realizată de ochiul normal și permite restabilirea vederii binoculare într-o proporție destul de importantă de cazuri.

În astigmatismul neregulat, ca în cazul keratoconusului, numai lentila de contact este capabilă să corijeze această malformație corneană, ea constituind principala indicație a lentilei de contact.

Cele mai vechi lentile de contact cunoscute (vechimea nu depășește 30 de ani) sînt lentilele sclerale, care sînt formate din două părți : o parte sclerală, care repauzează direct pe conjunctiva bulbară și se insinuează sub pleoape și o parte optică, care ajută la ameliorarea vederii și este situată înaintea corneei. Deși are o bună fixitate și poate fi purtată și de copii, răspîndirea ei a fost limitată din cauza unor inconveniente de folosire. Au urmat apoi lentilele corneene rigide, cu diametrul de 8—9 mm, dar, datorită rigidității și faptului că nu au o fixitate prea bună, prescripția lor se face numai în anumite cazuri.

Perfecționîndu-se, s-a ajuns la realizarea *lentilelor flexibile*, din material plastic rigid, dar foarte subțire, cu diametrul mai mic de 9 mm, precum și la realizarea *lentilelor suple*, tot din material plastic, cu calități hidrofile, dotate cu o foarte mare suplețe și bine tolerate chiar și de copii de 1—2 ani. Acestea sînt cele mai răspîndite.

Indicațiile medicale ale lentilelor de contact sînt : miopia forte uni- și bilaterală, astigmatismele de toate felurile, cel dat de keratocon (deformarea conică a centrului corneei), în special afakia uni- și bilaterală, hipermetropia forte unilaterală și nistagmusul. De cîțiva ani se folosesc și în tratamentul ambliopiei unilaterale a copilului : se aplică o lentilă pe ochiul bun, care realizează scăderea vederii, iar cel ambliop, cu vederea scăzută, este stimulat pentru a vedea mai clar. În acest caz, lentila de contact înlocuiește ocluzia directă prin pansament.

În utilizarea lentilelor de contact există și o serie de *indicații profesionale*. Astfel, artiștii de operă, de teatru și cinematograf le folosesc pentru aspectul estetic : de asemenea, se recomandă sportivilor (înotătorilor, în special) și muncitorilor care lucrează în atmosferă umedă.

Apariția lentilelor colorate cu iris artificial a făcut ca numărul purtătorilor de astfel de lentile să crească. *Folosirea în scop estetic* a avut un larg ecou, mai ales în rîndul femeilor, care, dornice să-și schimbe culoarea ochilor după culoarea rochiilor, au acceptat cu entuziasm purtarea lentilelor de contact colorate. În plus, aceste lentile se pot purta și de persoanele cu cicatrice la nivelul ochiului, pentru a masca aceste defecte.

Datorită calităților hidrofile, lentilele de contact pot fi întrebuințate și în scop terapeutic în diferite afecțiuni. În schimb, ele sînt contraindicate persoanelor care prezintă infecții palpebrale, infecții ale căilor lacrimale, glaucomatoșilor. De asemenea, cei operați de cataractă pot purta lentile de contact numai după ce corneea și-a recăpătat complet sensibilitatea, adică după 6—8 luni de la operație.

Purtarea lentilelor de contact fără indicații duce la apariția unor complicații grave, care pot compromite vederea. Există și situații cînd, deși sînt recomandate, ele nu sînt tolerate și din această cauză este bine să se facă încercări progresive, pînă se obține satisfacția deplină.

Atragem atenția că lentilele de contact vor fi purtate maximum 16 ore pe zi, pentru a permite o respirație normală a corneei de 7—8 ore.

Întreținerea și dezinfecția lor este deosebit de importantă, deoarece orice asperitate pe suprafața de contact poate să compromită purtarea lentilei, să lezeze corneea și să creeze pericolul unei infecții. De asemenea, trebuie știut că lentilele suple au o durată de folosință limitată la maximum 2—3 ani, după care valoarea lor scade.

Controlul periodic al purtătorilor de lentile de contact trebuie să se facă mai des în primele luni și apoi de 2 ori pe an. Orice senzație neplăcută trebuie să constituie un semnal de alarmă pentru purtător, care se va adresa neîntîrziat medicului specialist.

Dr. I. Bănacu

medic primar oftalmolog
Spitalul militar central

MODA ȘI SĂNĂTATEA

Dr. Elena Barnea

Moda și sănătatea nu se exclud, ci, dimpotrivă, se pot îmbina în mod armonios dacă se ține seama de o anumită înțelepciune în adoptarea „noului" — atribut principal al modei — și dacă acesta nu contravine principiilor de sănătate. Unele din dezideratele modei actuale, cum este cel al combaterii excesului ponderal, corespund și cu cele ale sănătății. Astfel, excesul ponderal înseamnă nu numai o siluetă greoaie, lipsită de eleganță, dar și predispoziție sau agravarea unor boli ca cele cardiovasculare, ale aparatului locomotor, a diabetului etc.

Există, desigur, și multe exagerări ale modei cu răsunet negativ asupra sănătății. În acest sens, atragem atenția că este cu totul greșită concepția de a întreține cu orice preț o siluetă forțată, neconcordantă cu maturizarea pe care ne-o dau anii, numai din dorința de a fi la modă. Ne referim la acele femei care, pentru a-și menține neapărat greutatea de la 17—18 ani, se subalimentează sistematic. Acest procedeu este dăunător, slăbind nu numai puterea de muncă, dar și rezistența la îmbolnăviri.

Așadar, silueta trebuie păstrată în limitele firești ale vîrstei (vezi tabelul).

Dăunătoare este și corectarea siluetei printr-o slăbire bruscă, apelînd la un regim alimentar sever sau utilizînd medicamente anorexigene, de cele mai multe ori cu urmări nefaste asupra sănătății, prin favorizarea unor boli digestive, de rinichi, de sistem nervos.

Silueta ideală, indiferent de canoanele unei epoci și de cerințele modei, presupune un organism sănătos, care să se alimenteze normal și să metabolizeze hrana normal, rezervele de grăsime ale organismului rămînînd în limite fiziologice, fără a dăuna frumuseții corpului. Silueta frumoasă este idealul modei actuale, dar o siluetă nu poate fi considerată frumoasă numai după *numărul kilogramelor*, care, bineînțeles, nu trebuie să depășească limita maximă admisibilă (în funcție de vîrstă și constituție), ci și după *tonicitatea musculaturii, mobilitatea corpului* etc. Aceasta înseamnă grijă permanentă pentru ținuta corpului nostru, ceea ce se realizează prin respectarea următoarelor indicații : alimentație normocalorică, mai multă mișcare (mers, gimnastică, sporturi), tratarea din timp a unor dezechilibre metabolice.

Artificiul corsetelor, cu care multe femei speră să ascundă kilogramele în plus, nu este inofensiv, întrucît acestea stînjenesc circulația sîngelui, respirația, slăbesc musculatura.

În ceea ce privește *croiala îmbrăcămintei*, de asemenea o cerință a modei, menționăm că oricare ar fi „ultima linie", îmbrăcămintea și în special aceea pe care o purtăm zilnic la serviciu trebuie să fie *funcțională*, să nu incomodeze sau să limiteze mișcările corpului, să aibă lejeritate.

Culoarea și țesătura materialelor din care este confecționată îmbrăcămintea sînt factori de care trebuie să se țină seama atunci cînd dorim să ne încadrăm în canoanele modei, dar, indiferent ce s-ar purta sub acest aspect, este bine să fie alese în mod judicios, după împrejurări. Nu este indicată purtarea în cursul dimineții sau cînd razele soarelui sînt mai puternice a țesăturilor de culoare închisă și compacte, oricît ar fi de moderne, deoarece ele reține căldura, producînd o senzație de disconfort.

Referitor la *încălțămintea femeii*, adesea ea a păcătuit printr-un toc prea înalt, și uneori și cu vîrf prea ascuțit. Este ceea ce se întîmplă și cu moda actuală. Constatările medicilor sînt certe : o astfel de încălțăminte favorizează apariția piciorului plat, a monturilor, suprasolicită coloana lombară, deformează axul bazinului, modifică mersul fiziologic. Foarte dăunătoare s-a dovedit folosirea excesivă a acestui gen de încălțăminte. Cîteva ore pe zi, în ocazii rare, de obicei este bine suportată, dar dacă este purtată zilnic, de dimineață pînă seara, ea devine incomodă, ajungîndu-se treptat la boli cu consecințe deloc neglijabile, care înseamnă nu numai dureri insuportabile, intervenții chirurgicale, dar și o recuperare medicală îndelungată.

Moda tuturor timpurilor a mai însemnat *farduri și vopsele pentru înfrumusețare*. În ultimul timp, gama lor a crescut considerabil, astăzi fiind tot mai utilizate.

Concomitent a crescut şi frecvenţa unor reacţii de intoleranţă ca : urticaria, eczemele, lăcrimarea etc. De aceea, orice produs care dă fenomene de intoleranţă trebuie imediat abandonat şi înlocuit cu altul inofensiv, iar în cazuri extreme să se renunţe total la practica utilizării categoriei respective de produse.

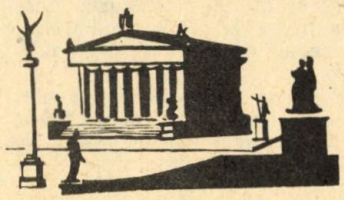
În sfîrşit, moda mai înseamnă şi practicarea unor obiceiuri. Latinescul *modus*, de unde derivă cuvîntul modă, înseamnă opinie nu numai în materie de îmbrăcăminte, ci şi obiceiuri. Obiceiurile s-au schimbat şi ele de-a lungul istoriei modei. În ceea ce priveşte moda feminină actuală, este de combătut, în special, *obiceiul fumatului*.

Astăzi, fumatul a devenit o veritabilă epidemie, întîlnită la sexul feminin şi, în special, la fetele tinere. Dar această modă constituie un adevărat dezastru atît asupra sănătăţii proprii, cît şi asupra sănătăţii viitorilor copii. Cancerul bronhopulmonar, boală rar întîlnită în trecut la femei, seceră azi viaţa a numeroase femei fumătoare. Mame tinere, dealtfel sănătoase, din cauza fumatului pierd sarcina, nasc copii debili, înainte de termen, uneori şi malformaţi. De asemenea, fumatul mai impietează şi asupra dezvoltării neuropsihice a copilului.

Există, aşadar, numeroase aspecte ale modei pe care nu trebuie să le evităm îmbrăţişînd prejudecata că moda este o frivolitate. Dar a îmbrăţişa orice din modă, fără nici un discernămînt, este, fără îndoială, o greşeală.

GREUTATEA IDEALĂ A FEMEILOR ÎN FUNCŢIE DE VÎRSTĂ ŞI ÎNĂLŢIME

Înălţimea (cm)	Vîrsta (ani)							
	15—16	17—19	20—24	25—29	30—39	40—49	50—59	60—69
148	44,4	45,3	46,6	48,9	52,4	55,6	56,9	57,8
149	44,9	45,8	47,2	49,4	52,8	55,9	57,3	58,2
150	45,4	46,3	47,4	50,0	53,1	56,3	57,7	58,6
151	46,0	46,9	48,2	50,5	53,7	56,9	58,2	58,9
152	46,5	47,4	48,8	51,0	54,2	57,4	58,8	59,3
153	47,1	48,1	49,4	51,6	54,8	57,9	59,3	59,8
154	47,9	48,8	50,1	52,1	55,3	58,5	59,8	60,3
155	48,6	49,5	50,8	52,6	55,8	59,0	60,4	60,8
156	49,3	50,2	51,3	53,2	56,3	59,5	60,9	61,3
157	50,0	50,9	51,9	53,7	56,9	60,0	61,4	61,9
158	50,6	51,5	52,4	54,3	57,4	60,6	62,1	62,5
159	51,1	52,1	53,0	54,8	58,0	61,1	62,8	63,2
160	51,7	52,6	53,5	55,3	58,5	61,7	63,4	63,9
161	52,2	53,3	54,0	55,9	59,0	62,4	64,2	64,7
162	52,8	54,0	54,6	56,5	59,6	63,5	64,9	65,4
163	53,4	54,8	55,2	57,0	60,1	63,8	65,7	66,1
164	54,1	55,5	55,9	57,7	60,7	64,3	66,4	66,8
165	54,8	56,2	56,6	58,5	61,2	64,8	67,1	67,5
166	55,5	56,7	57,3	59,2	61,9	65,5	67,8	68,2
167	56,2	57,3	58,1	59,9	62,6	66,2	68,5	68,9
168	56,9	57,8	58,7	60,5	63,2	66,9	69,2	69,7
169	57,4	58,3	59,2	61,1	63,8	67,6	69,9	70,4
170	58,0	58,9	59,8	61,6	64,3	68,4	70,6	71,1
171	58,6	59,6	60,5	62,3	65,0	69,1	71,3	71,8
172	59,4	60,3	61,2	63,0	65,7	69,8	72,1	72,5
173	60,1	61,0	61,9	63,7	66,4	70,5	72,8	73,2
174	60,8	61,7	62,6	64,4	67,1	71,2	73,5	73,9
175	61,5	62,4	63,3	65,1	67,9	71,9	74,2	74,7
176	62,2	63,1	64,0	65,8	68,6	72,8	75,1	75,4
177	62,9	63,8	64,7	66,6	69,3	73,7	75,9	76,1
178	63,6	64,6	65,5	67,3	70,0	74,6	76,8	76,8
179	—	65,5	66,4	68,2	70,9	75,5	77,7	—
180	—	66,4	67,3	69,1	71,8	76,4	78,6	—
181	—	67,3	68,2	70,0	72,7	77,2	79,6	—
182	—	68,2	69,1	70,9	73,6	78,1	80,0	—
183	—	69,1	70,1	71,8	74,5	79,0	81,8	—
184	—	70,0	70,9	72,7	75,4	79,9	82,9	—
185	—	70,9	71,8	73,6	76,3	80,8	83,9	—



MEDICINA ȘI COSMETICA ÎN VECHEA ROMĂ

Din primele secole ale Republicii, se cunosc prea puține despre istoria medicinii romane. Se știe numai că peste tot în Italia a existat o medicină populară, bazată pe empirism grosolan și multe superstiții, împrumutate mai ales de la etrusci. Foarte multă vreme, pînă la căderea Imperiului roman, romanii foloseau amulete foarte variate, care să-i apere de deochi și de boli. Ceea ce uimește este faptul că aceste practici s-au perpetuat multe secole, fără să fi existat concomitent și elemente ale medicinii științifice.

Reprezentantul prin excelență al acestei medicini populare a fost Cato cel Bătrîn, spirit strîmt și rutinier, dușman convins al grecilor și mai ales al medicilor greci. „Grecii — zicea el — s-au jurat să ucidă pe toți barbarii (romanii, n.n.) cu ajutorul medicinii".

Dacă-l credem pe Pliniu cel Bătrîn în „Istoria naturală" a sa, timp de 6 secole, Roma n-a avut medici. În familiile patricienilor existau sclavi sau liberți, ca și în unele instituții, care țineau loc de medici și erau la curent, prin rutină, cu practicile și formulele populare.

Din cartea sa „Despre agricultură", se poate afla cum Cato cel Bătrîn își doftoricește familia și (laolaltă) animalele domestice. Ne putem face astfel o idee despre posibilitățile medicinii populare romane din timpul său. Aproape nici un roman n-a învățat și n-a exercitat medicina la Roma, după cum nici unul nu s-a distins prin ea.

Medicina științifică a fost introdusă la Roma și la romani de către medicii greci, care aveau de întîmpinat puternice prejudecăți. Pentru a le ridica prestigiul, administrația romană din ultimii ani ai Republicii și apoi din timpul Imperiului dădea drept de cetate (calitatea de cetățean) celor mai capabili, mai ales celor considerați destul de instruiți pentru a forma discipoli. O afluență de medici greci apăru atunci în Roma și Italia. În timpul Imperiului roman ia naștere o instituție, aceea a medicilor comunali sau așa-zișii medici ai săracilor, întreținuți de municipii și asimilați cu funcționarii publici (ei erau plătiți de stat pentru a îngriji gratuit pe săraci). Pentru a deveni medic comunal, exista un fel de selecție, de concurs, aceștia fiind nevoiți să facă dovada științei lor în fața unei comisii. După ce intrau în posesia unei diplome, pentru a practica aveau nevoie de aprobarea împăratului. Ceilalți medici nu erau supuși nici unui control. Totuși, pentru toți medicii, posibilitatea de a se instala ca practicieni era oarecum frînată de gravele sancțiuni prevăzute de lege pentru cazurile în care bolnavul ar fi avut de făcut reclamație referitoare la vreo greșeală profesională.

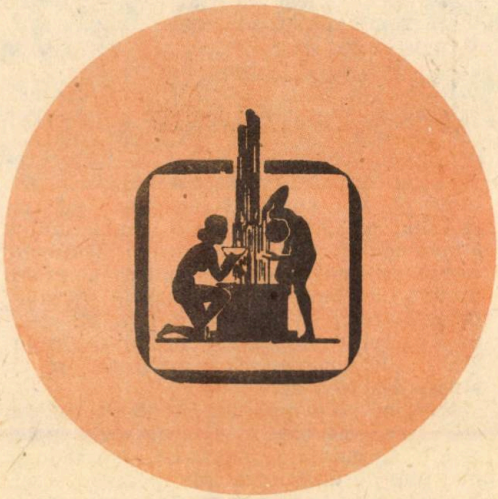
Dintre medicii greci, primul care s-a fixat la Roma (219—217 î.e.n.) a fost Archagatus. Dar unele practici chirurgicale (fierul înroșit în foc) ale sale l-au discreditat. Alții, veniți după el, au știut să se impună. Astfel, Asclepiade din Bithynia (sec. I î.e.n.), prieten cu Cicero, Marc Antoniu și Crassus, a căpătat un mare renume. El a creat la Roma o școală particulară de medicină (Schola medicorum), care nu a devenit oficială decît la sfîrșitul domniei lui August (14 e.n.). Cursurile de

specialitate se predau în limba greacă, în afara celor juridice, care se predau în limba latină. În practica medicală, Asclepiade folosea cu discernămînt medicamentele, acordînd o mare importanţă dietei, exerciţiilor fizice şi băilor. Şi pentru a cîştiga pe unii bolnavi, buni platnici, el le prescria folosirea liberă a vinului, fapt pentru care a fost ironizat de epigramiştii epocii. Teoretic vorbind, Asclepiade a neglijat „starea umorilor" şi s-a ocupat doar de cea a „ţesuturilor", a permeabilităţii „porilor".

Principalul său discipol de mai tîrziu, Themison din Laodiceea (sec. I e.n.), admitea că porii diverselor ţesuturi, relaxaţi sau retractaţi anormal, lasă să treacă sau mai bine-zis reţin ce nu trebuie, provocînd bolile diferitelor organe (ţesuturi). „Mixtum", starea de echilibru, corespundea stării de sănătate pe care medicamentele trebuiau să o recîştige. Această şcoală, zisă „metodistă", a încercat să aplice cunoştinţele teoretice tuturor bolilor cunoscute, luptînd împotriva complicaţiilor şi încurcăturilor provocate de empirici (urmaşii lui Hipocrate) şi polipragmatici (cei care abuzau de medicamente). Printre aceşti metodişti se numără cîţiva medici celebri, toţi greci.

Unul dintre aceştia este Celsus (Aulus Cornelius, 25—30 î.e.n. — 45—50 e.n.), născut la Roma, deşi grec. Şi dacă Pliniu a fost istoricul medicinii populare romane, Celsus se recomandă ca istoric al medicinii ştiinţifice şi al sectelor. Din Enciclopedia sa împărţită în 4 părţi, ultima intitulată „De re medica", din care ne-au rămas doar 8 cărţi, autorul face un admirabil rezumat al cunoştinţelor medicale ale autorilor hipocratici şi alexandrini pînă la anul 40 e.n. Este un excelent tratat practic de igienă, pe care o cunoştea bine, de boli interne, chirurgie şi farmacologie. El prezintă cunoştinţele medicale contemporane mai mult decît discută cazuistică şi se pare că, fără a-şi cîştiga existenţa din medicină, el o practica în familia sa şi a prietenilor, pe sclavi etc.

De la Soranus din Efes, care a trăit în epoca lui Traian şi a lui Adrian, ne-au rămas : un „Tratat despre bolile acute şi bolile cronice", un „Tratat despre fracturi" şi un „Tratat despre bolile genitale la femei". Foarte apreciat de contemporani şi de urmaşi, ca un mare medic şi chirurg, el excelează în „Tratatul despre bolile genitale la femei", destinat mai ales moaşelor.



După ce redă în detaliu regulile deontologice ale moaşelor, obligaţiile lor faţă de bolnave, el abordează probleme ca : concepţia, sarcina normală şi naşterea, îngrijirile care trebuie date lăuzelor şi nounăscuţilor, sarcina anormală etc.

Din perioada imperială se cunosc o serie de medici care au rămas celebri prin drogurile şi reţetele lor şi mai puţin prin medicina clinică, practicată nemijlocit pe bolnav. Astfel, Menecrat (Tiberius Claudius Quirinus, sec. I e.n.), medic al lui Tiberiu şi Claudius, a inventat pasta de diachylon (aglutinantă, revulsivă, antireumatică, antialgică). El s-a bucurat de o mare reputaţie medicală, a scris aproximativ 150 de lucrări medicale, dar care nu ne-au parvenit.

Andromachos din Creta, sec. I. e.n., medicul lui Nero, a inventat şi a publicat într-un poem elegiac în 174 de versuri faimoasa „Theriaca Andromachi", medicament reputat pînă în secolul trecut împotriva muşcăturilor şi înţepăturilor veninoase. El ne-a lăsat şi un tratat despre farmacie şi farmacologie. Nero, tiran odios al Romei, fiind adesea ameninţat cu otrăvirea, punea totdeauna sclavii să guste mîncarea şi băutura sa, deşi era înarmat cu vestita theriacă.

Agathinus din Lacedemonia (sec. I e.n.), precursor al marelui Galenus, ne-a lăsat lucrări despre puls şi despre febra de diferite cauze, folosind cu succes în terapie băile calde şi reci, pe care le-a recomandat după ce Asclepiade din Bithynia le-a introdus în terapeutică la Roma.

Atheneu din Atalia (sec. I. e.n.), fondator al sectei „pneumaticilor", considera „pneuma", adică spiritul, ca principiu vital, dominator al fenomenelor fiziologice şi patologice. În practică, el recomanda sîngerarea, dar şi mijloacele igienice.

Rufus din Efes (sec. I-II e.n.), cel mai celebru anatomist şi medic grec dinaintea lui Galenus, a trăit în epoca lui Traian şi ne-a lăsat lucrări remarcabile prin precizia şi corectitudinea observaţiilor. „Numele părţilor corpului omenesc" este un rezumat succint de anatomie, care conţine cîteva noutăţi pentru acea epocă. El descrie nervii sensibili (chiasma optică) şi nervii motori, atribuie inimii cauza pulsului, descrie trompele uterine. De la el ne-au mai parvenit „Bolile rinichiului şi ale vezicii", „Medicamentele purgative" şi un studiu despre gută.

Mergînd pe urmele lui Hipocrate, Areteu din Capadocia (sec. I—II e.n.) evită ipotezele şi speculaţiile doctrinale, ocupîndu-se mai ales de descrierea minuţioasă a simptomelor şi tulburărilor morbide, pe care le asociază cu consideraţii anatomopatologice. El separă bolile acute de cele cronice, foloseşte puţine remedii (sîngerarea), conferind dieteticii şi igienei un rol important în sfaturile sale practice.

Înainte şi după Imperiul roman, deşi medicii au fost greci, se cunosc doi romani care au practicat medicina la Roma în această epocă. Este vorba de Celsus Apuleius, care ne-a lăsat un „Tratat asupra virtuţilor plantelor" şi Scribonius Largus, medic al împăratului Claudius, autorul unui „Tratat asupra compoziţiei medicamentelor".

Tot din acest timp se desprinde şi Dioscorides, medic şi naturalist grec, care a călătorit mult în calitate de medic militar, prin ţările cunoscute în acea vreme. În tratatul său compilativ „De materia medica" a descris aproape toate plantele medicinale cunoscute atunci, lăsînd o lucrare celebră, aproape clasică în Orient.

Dar cea mai importantă personalitate medicală, nu numai a secolului II e.n., ci şi a întregii antichităţi romane, din punctul de vedere al cunoştinţelor şi al influenţei asupra destinului medicinii, a fost Galenus. Operele rămase de la el constituie o adevărată enciclopedie. Cele aproape 500 de lucrări, din care 115 filozofice, 10 matematice, gramaticale sau juridice şi restul medicale sînt o dovadă a erudiţiei sale. El ştia tot ce se putea şti în epoca sa, păstra tot ce aprecia ca valabil şi îndepărta tot ce i se părea dubios sau fals. A realizat progrese mari în anatomie, descriind foarte bine nervii şi vasele.

Numeroasele sale lucrări de fiziologie experimentală, ingenioase pentru epoca sa, au demonstrat că în „creier este punctul de plecare pentru orice senzaţie şi orice mişcare", iar „măduva spinării este o continuare a creierului". El ştia că nervii reprezintă „conductorii acţiunii centrilor nervoşi, acţiune elaborată în creier". Prin secţiuni făcute în măduvă, el a cunoscut inervaţia diafragmei, a peretelui toracic, a organului vocal, a distins rolul nervului vag, al nervului frenic, al nervului recurent etc.

Dar dacă fiziologia sa este remarcabilă, dogmele sale fiziologice păcătuiesc prin elemente animiste. Şi totuşi, el nu admite nici o tulburare funcţională fără o leziune organică şi adesea porneşte de la tulburare la leziune, cu toate dificultăţile pe care le întîmpină uneori din cauza depărtării leziunii. Astfel, descrie paralizia mîinii prin leziuni medulare înalte.

Terapeutica lui Galenus se bazează pe credinţa sa în eforturile naturii de a vindeca, eforturi care trebuie asistate de medic. Deşi folosea o farmacopee complicată, acorda primul loc regimului alimentar, igienei şi exerciţiilor fizice.

După Galenus, medicina la Roma a fost servită în majoritate tot de greci, dar aceştia nu s-au putut ridica la celebritatea înaintaşului lor.

Dar în afara medicilor împăraţilor, a celor comunali sau militari, romanii au avut mulţi oculişti, ORL-işti şi dermatologi, care au lăsat numeroase reţete. Numele acestor medici au rămas cunoscute din inscripţiile de pe sigiliul cu care închideau cutiile şi vasele ce conţineau medicamentele prescrise. Acestea s-au găsit în mormintele şi casele romane de la Herculanum şi Pompei sau din alte săpături arheologice.

Reprezentările de pe basoreliefuri și fresce ne arată că medicii chirurgi practicau cu mare îndemînare traheotomia, trepanația, amputarea, fără asepsie și aproape fără anestezie (cu vinuri amestecate cu opiu). Tot în reprezentările figurate apare și instrumentarul acestora : scalpel (bisturiu), sondă, forceps, copci metalice (agrafe), pense, ventuze, ace etc. Dintre chirurgii practicieni se citează : Phyloxene și Ammonius, Soranus din Efes, Rufus din Efes, Anthyllus. Se pare că oftalmologii (sau *medicii ab oculis)* au fost numeroși și au dat dovadă de mare pricepere, dacă ținem seama că operau cu succes cataracta, tratau exoftalmia etc. Ca medicamente, foloseau colire cu smirnă, șofran, bastonașe sau tablete pentru aplicații locale.

Ca și dermatologii, oftalmologii romani aveau sigilii *(signa)* pe care erau gravate numele lor, al medicamentului și boala în care se folosea acesta, cum este, de exemplu, cel găsit la Pompei : *„Collyrium C. Titii amimetum ad suppurationes"*, adică „colirul lui Caius Titius, neasemuit în supurații". Deși ochelarii nu se cunoșteau în antichitate, se știe că Nero folosea un smarald concav, pentru a privi în arenă luptele de gladiatori.

Cît despre stomatologi, aceștia au fost primii medici despre care avem date scrise. În Legea celor XII Table din anul 450 î.e.n., se pomenește de îngroparea „celor ce aveau dinții uniți cu aur". Deci, stomatologii romani știau să „punteze" cu aur dantura încă de acum 2500 de ani ! ? Protezele găsite în morminte par uimitoare ca tehnică. Se mai știe că ei tratau cu succes cariile și pioreea alveolară.

Toți medicii romani menționați mai sus își preparau singuri în cabinetele lor medicamentele pe care le foloseau. De aceea, cei mai mulți medici cunoșteau foarte bine plantele medicinale. Paralel cu aceștia, existau negustori de parfumuri, unguente, mirodenii și plante medicinale, care vindeau tot felul de fierturi și preparate medicamentoase la cererea pacientului.

Începînd cu secolul I î.e.n., apare o lege care interzice vinderea otrăvurilor și permite apariția farmaciștilor ca ajutoare ale medicilor, care să prepare medicamentele prescrise de aceștia.

Cît despre cosmetică, femeile romane sînt, desigur, mai puțin rafinate decît înaintașele lor egiptene sau grecoaice, deși folosesc multe din artificiile cosmetice ale acestora. Ele se spălau pe mîini cu „săpun de Galia" și foloseau diferite farduri ca ceruza (carbonat bazic alb de plumb care se înnegrea în contact cu hidrogenul sulfurat). Popeea, soția lui Nero, utiliza „masca pentru soț", pe care o punea dimineața pe față pentru a avea tenul proaspăt. Ea consta dintr-o pastă de făină de secară cu ulei parfumat, pe care n-o scotea decît seara, la banchet, spălînd-o cu lapte de măgăriță.

În ceea ce privește coafura, femeile romane au trecut repede de la coc și împletirea cozilor sub formă de rulou pe frunte sau înnodarea simplă a părului la spate și menținerea lui cu agrafe și cu ace de metal sau fildeș, la o formă mai complicată, care folosea fierul de frizat, realizînd zulufi ce se desfăceau în evantai pe frunte, ca o diademă. Apar și se generalizează perucile de diferite culori, ce se schimbau după moda zilei. Dar perucile erau purtate și de bărbați. În lipsa lor, Cezar își acoperea chelia cu o coroană de lauri, iar Commodus își presăra pudră de aur pe păr. Moda era atît de tiranică încît statuile împărăteselor aveau peruci de piatră, care se schimbau după moda zilei ! ?

Igiena părului a preocupat pe romani imediat ce rafinamentul coafurii a devenit o cerință. Foarfecele fiind necunoscute, tunderea sau potrivirea părului se făcea cu două lame articulate și opuse, mînuite de „tonsor". La terme, părul este spălat de

către sclavi, special antrenaţi, şi, eventual, cănit. Fierul de frizat era folosit de elegantele şi eleganţii Romei din epoca imperială. La început, se foloseau tije de trestie (*calamus*), de unde şi denumirea ulterioară a instrumentului de coafură — calamistri.

Femeile, matroane ca şi curtezane, întreţineau o sumedenie de coafeze, care le spălau, le vopseau şi le pieptănau părul. În epoca cuceririi Galiei de către Cezar apare moda culorii roşu-arămiu a părului sau a perucilor.

Celelalte cosmetice nu par să fi jucat un rol prea însemnat pentru femeile romane, spre deosebire de cele egiptene, care excelau prin mult artificiu, faţa lor avînd aspectul unei măşti. Singurele artificii utilizate de romane erau pudra de aur pentru păr şi obraji, ca şi fardurile divers colorate pentru ochi şi obraji. De aceea, se pare că şi afecţiunile dermatologice erau mai puţin frecvente.

Principala lor împodobire consta în multiple broşe, coliere, pandantive, brăţări, inele, cercei, diademe de metale preţioase încrustate cu pietre scumpe, brăţări la glezne etc. Bărbaţii, mai discreţi, purtau doar un inel cu sigiliu, în afara împăraţilor care aveau cîte un inel pe fiecare deget.

După cum am putut constata, medicina romană, în general, nu s-a ridicat la nivelul celei greceşti, dar în ceea ce priveşte igiena comunală şi personală, ea a depăşit-o pe alocuri pe cea a grecilor.

Pentru corp, romanii, popor de agricultori şi soldaţi, obişnuiţi de la origine cu muncile fizice şi cu exerciţiul armelor, au avut întotdeauna o preocupare majoră. Exerciţiile fizice executate de tineri în palestre şi pe Cîmpul lui Marte nu aveau caracter de competiţie sportivă, ca la greci, ci doar de antrenament militar. Ele constau în mînuirea armelor, alergări, călărie, înot în Tibru. Mai tîrziu, Agrippa a amenajat pe Cîmpul lui Marte terenuri sportive, pe care tinerii puteau practica şi sporturi, fără imediată aplicabilitate practică în război, iar Domiţian a construit chiar un stadion de 30 000 de spectatori, tot pe Cîmpul lui Marte, în acelaşi scop. Se pare că acest stadion a fost singurul din Roma, deoarece tineretul roman prefera circul cu specificul lui sportiv : cătărarea pe frînghie, călăria şi cursele cu care, dar mai ales scrima şi înfruntarea fiarelor în amfiteatru, sporturi brutale pe care le învăţau la şcoala de gladiatori.

În plus, ei mai practicau şi pescuitul şi vînătoarea de animale sălbatice, în care a rămas celebru Adrian. În acest sens, se considera că puterea nu mai era fizică, ci avea şi o consacrare religioasă, dragă spiritului superstiţios al romanilor.

La romani, igiena fizică personală s-a îmbogăţit cu cea comunală, căreia i s-a acordat mare atenţie. Poate la ei mai mult decît la orientali sau la greci, igiena comunală a devenit un bun colectiv.

Folosind ca băutură obişnuită apa (deşi cunoşteau şi pe cea minerală), romanii au asigurat transportul acesteia de la surse îndepărtate, prin apeducte situate la înălţime, construind suprastructuri, care asigurau scurgerea apei, ferind-o de murdărie.

De la cel mai vechi apeduct — Aqua Appia — cu o lungime de 16,500 km pînă la Aqua Marcia, cu o lungime de 91 km (!), care aducea apă din ţinuturile sabine, s-a ajuns la un număr de peste 10 apeducte, care transportau la Roma aproximativ un milion m^3 de apă, adică 600—900 litri de apă pe cap de locuitor. Curatorul apelor, mai marele acestei gospodăriri, avea o funcţie foarte înaltă.

Apa venea în cele 600 de fîntîni ale Romei, de unde marea masă a cetăţenilor se aproviziona pentru nevoile casnice ; numai unii privilegiaţi aveau apă curgătoare în atrium.

Apa destinată curăţeniei corporale era preparată în terme, marile instituţii igienico-sanitare ale Romei, existente în toate oraşele care au preluat şi imitat civilizaţia romană. În afara sălilor cu apă rece *(frigidarium)*, călduţă *(tepidarium)* şi fierbinte *(caldarium)*, existau acolo şi săli pentru masaje, fricţionări, gimnastică, dar şi locuri pentru plimbare, biblioteci, locuri pentru discuţii politice şi literare, care întreţineau igiena spiritului. Casele din oraşe aveau o cameră de baie *(balnea)*, iar vilele (locuinţe de lux de la ţară) erau dotate cu mici terme.

Canalele construite la Roma încă din timpul regilor etrusci (Cloaca Maxima), pentru drenarea locurilor mlăştinoase în Tibru, au servit apoi drept colectoare pentru o vastă reţea a apelor reziduale şi a detritusurilor marelui oraş. Restaurată de mai multe ori, Cloaca Maxima este folosită încă şi astăzi.

Dintre spitale, cele militare au fost cele mai vechi, datînd din secolul I. e.n. Cele civile, publice, se pare că au apărut în secolul IV e.n., numite şi *valetudinarium* (adică „locuri de sănătate") ; ele adăposteau bolnavii îngrijiţi gratuit de medicii militari sau publici. În vilele rustice, stăpînul avea o infirmerie, unde erau îngrijiţi sclavii bolnavi.

Dar şi cetăţenii sănătoşi se bucurau de igiena comunală a Romei. Plimbîndu-se în grădinile publice ale lui Lucullus, Pompei sau Sallustiu, ei regăseau emoţia naturii, verdele proaspăt al pădurilor şi aerul curat, dătător de sănătate.

Dornici să aibă în preajma lor un crîmpei de natură, romanii avuţi amenajau grădini în jurul atriumului, înfrumuseţate cu plante, flori, statui şi fîntîni arteziene sau mozaicuri. Dar tot grădinile publice au rămas cele mai apreciate spaţii naturale pentru civilizaţia urbană a Romei.

În general, cumpătaţi şi modeşti, în afara perioadelor de decadenţă de la sfîrşitul imperiului, romanii au beneficiat de o medicină care a mers pe urmele celei greceşti, fiind practicată aproape exclusiv de greci, dar care a contribuit la păstrarea sănătăţii fizice şi psihice a acestor strămoşi ai noştri.

Ştefan Milicescu

DOCTOR ÎN ŞTIINŢE MEDICALE

LEXICON MEDICAL

BISTURIU — briceag avansat în muncă.
COASTĂ — materie primă pentru confecționat femei.
CRAMPE — lupte intestinale.
CONSTIPAT — persoană care nu găsește ieșirea.
DURERE — S.O.S.-ul bolnavului.
FORCEPS — tirbușonul ginecologului.
FARMACIST — urmașul lui Champollion.
GUTURAI — nas cu garnitura uzată.
HIDROTERAPIE — apă vie.
IMUN — uns cu toate alifiile.
ORTOPEDIE — arta de a însufleți lemnul.
PULS — metronomul inimii.
SOMNIFER — Moș Ene comprimat.
SENIL — decedat fără act de deces.

Gabriel Teodorescu

AFORISME

— Deși orator consacrat, nu respectă igiena și aruncă mereu cu praf în ochii ascultătorilor.
— Ce boală are pacientul ? Aveți răbdare, să fac referat directorului în vederea aprobării.
— Caz rar în practica modicală : a murit chiar în decursul vieții.
— E un om precaut : știe să se ferească de muncă.
— Face față în orice împrejurare, deoarece are multe fețe.
— E o figură unică, reușește să-și compromită colegii prin laude.

TEODOR MARICARU

AE

METABOLICA

(monoverb : 3–9)

Dr. Cecilia Grama-Dodo

(5, 9; 4)

CĂRȚI DE VIZITĂ

(5, 9; 6)

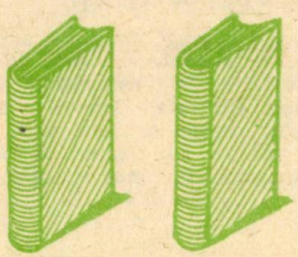
Dr. Tavi Stăncescu-Minei

Aflați prin anagramare specialitățile și localitățile în care profesează fiecare din cei doi doctori din casetele alăturate.

VLL

CURABILE

(monoverb : 6–11)



ANATOMICA

(monoverb eliptic anagramat : (4), 5=8)

Pagină realizată de :
Adam Stoica

ACTIVITATEA ONIRICĂ

„Viața și visul sînt două lumi între care omul se zbate, atras în egală măsură spre una și spre cealaltă".

GÉRARD DE NERVAL

VEGHE — SOMN — VIS

Somnul, cu și fără vise, ocupă poate mai mult de 1/3 din viața fiecărui individ. Și totuși, despre aceste fenomene știm poate mai puțin decît despre oricare formă de activitate nervoasă. Studiile electroencefalografice atestă, cel puțin din punct de vedere electric, dar și metabolic și biochimic, intense și extrem de variate fenomene cerebrale la nivelul creierului, în timpul somnului.

În ultimii ani s-au acumulat noi cunoștințe despre somn, s-a pătruns lent, dar sigur, în intimitatea fenomenelor somnului, ridicîndu-se vălul de mister care acoperea această atît de interesantă activitate onirică.

Foarte puține lucruri știm și despre somnul hipnotic. Dealtfel, cîte spitale mari de psihiatrie se pot lăuda că au cel puțin 1—2 medici care folosesc, în mod eficient spectaculara inducere hipnotică a somnului în tratamentul diferitelor aspecte morbide ?

Referitor la această problematică, nu putem nega că nu am văzut cărți de tălmăcire a viselor, tipărite în tiraje de masă ! Trebuie să recunoaștem că adesea ne-am adresat unor rude, prieteni, cunoștințe, cu rugămintea de a ne spune cîte ceva despre semnificația vreunui vis care ne-a impresionat în mod deosebit. Dar spectaculara interpretare a viselor rămîne însă mai mult un amuzament decît o riguroasă cercetare științifică.

ETAPELE CERCETĂRII ONIRICE

Trei mari etape delimitează în timp cercetări extrem de vechi.

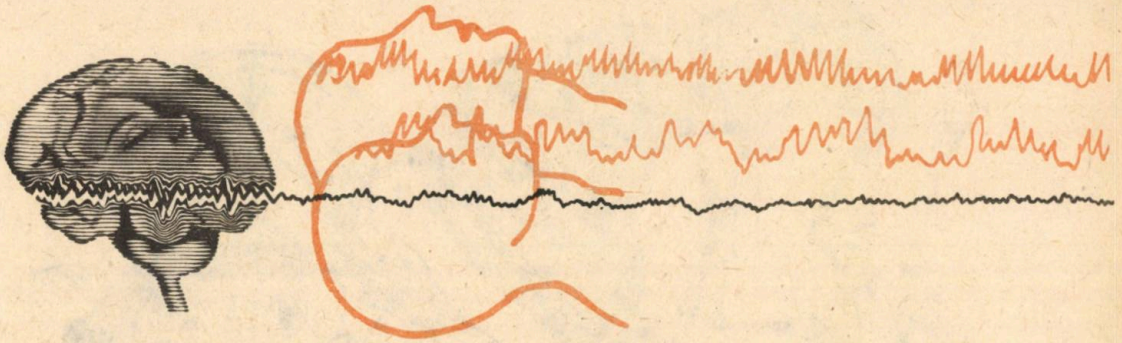
O primă etapă, lungă de aproximativ 25 de secole — pînă aproape de perioadele moderne — cu rezultate în general infime, este dominată de misticism, interpretări empirice etc.

Plini de mîndrie, psihiatrii își revendică, prin unul dintre cei mai de seamă reprezentanți ai lor, Freud, cea de-a doua perioadă, începută cu puțin înainte de 1900 și culminînd cu apariția lucrării „Traumdeutung", ceea ce a deschis cu adevărat era științifică de studiu a viselor.

Ultima etapă este dominată de studiile întreprinse de Aserinsky și Kleitman, care au introdus, după 1950, cercetările electroencefalografice vizînd somnul și în special visul. S-a reușit astfel obiectivarea unor vechi cercetări, studiile de neurofiziologie permițînd, poate pentru totdeauna, îndepărtarea de arbitrar, de interpretări, de empirism.

ECUAȚIA : SOMN — VIS — VEGHE

O noapte normală de somn cuprinde 4—6 cicluri, formate din faze de somn adevărat (somn lent sau clasic) și faze paradoxale (cu vise), denumite și faze cu mișcări rapide oculare, care, după unii cercetători, nu reprezintă faze de somn veritabil, ci, mai degrabă, stări



episodice ale unei alte stări de vigilență. Așadar, activitatea intens cerebrală care are loc apropie această stare a creierului din faza paradoxală de starea de veghe ca atare. Așa se întîmplă că persoanele trezite în cursul sau imediat după consumarea fazei de somn paradoxal își amintesc cu precizie visele lor, în timp ce trezirile în cursul altor stadii de somn nu se însoțesc decît de vagi amintiri ale unor secvențe de vis.

Durata unui ciclu este de 90—120 de minute, din care cea a viselor este în medie de 15—20 de minute. Deci, în fiecare noapte visăm 80—120 de minute.

Se apreciază că somnul paradoxal (cu vise) variază în funcție de vîrstă. Astfel, copiii visează aproximativ 40% din durata somnului, adulții 20%, iar bătrînii 10%.

Somnul normal, fiziologic, presupune în mod indubitabil visul, acesta nefiind nici pe departe un accident de care ne putem sau nu aduce aminte în dimineața următoare. Deci, nu există somn fără vise, ci doar fără conștiența lor. Numai în patologia psihiatrică există vise fără somn, și anume în starea de confuzie onirică (stare caracterizată printr-o marcată tulburare calitativă a conștienței).

Deși toți oamenii visează, unii nu acordă nici o importanță viselor, alții nu și le mai reamintesc, iar altora le este pur și simplu rușine de conținutul lor. Mai există însă o categorie de oameni, în general cu o fantezie mai bogată, care sînt pasionați de propriile vise, le memorează cu un fantastic lux de amănunte, ba chiar le îmbogățesc conținutul, în momentul reproducerii lor.

PRIVIRE CIBERNETICĂ

În legătură cu cele trei stări esențiale ale conștienței : veghe — somn — vis, neurofiziologia a evidențiat regimuri electrice diferite de funcționare. Aceste regimuri sînt „impuse" scoarței cerebrale de anumite sisteme subcorticale, dintre care, pe prim plan se situează formațiunea reticulată – adevărata coordonatoare a succesiunii celor trei stări.

Relația scoarță cerebrală / formațiune reticulată reprezintă, în ultima instanță, două circuite închise cu interacțiuni continue în ambele sensuri.

Regimurile electrice diferite de funcționare privind veghea și somnul sînt comutate de formațiunea reticulată. Mai mult decît atît, în cadrul stării de somn, un adevărat ceas endogen asigură comutarea pe regimurile electrice : somn lent — somn paradoxal (cu vise).

Activitatea corticală din starea de veghe realizează cunoașterea realității și adaptarea individului la această realitate. În timpul somnului și al viselor se întrerupe practic contactul informațional cu realitatea, persistînd doar circulația internă a mesajelor. Acest lucru este necesar organizării stocurilor de memorie, ceea ce este practic imposibil de realizat în perioadele de veghe, din cauza bombardamentului informațional. S-ar părea că tocmai somnul paradoxal intervine în procesul de memorare, în restructurarea informațiilor.

Visul ar putea fi deci considerat ca o reflectare în conștiința noastră a acestei circulații de informații.

SEMNIFICAȚIA VISELOR

Deși cercetările asupra somnului și a viselor sînt extrem de numeroase, de la empirisme antice la cele ultramoderne date de neurofiziologie și interpretate chiar cibernetic, semnificația viselor rămîne atît pentru publicul larg, cît și pentru oamenii de știință, o mare necunoscută.

În mod cert, pentru cele mai frecvente vise se poate stabili o legătură clară între existența și influența puternică a unor factori fizici de mediu : frig, căldură, zgomote, lumină, lipsă de

aer. Astfel, dacă noaptea este frig, unele persoane visează mai totdeauna ploaie, furtuni, trăsnete. În realitate, dacă ne gîndim bine, senzaţia de frig-frică este cea care caracterizează cel mai bine starea din momentul unei furtuni puternice. Visul unui incendiu este în majoritatea cazurilor asociat cu o temperatură anormal de crescută în cameră. Aerul viciat influenţează adesea activitatea onirică, ducînd la apariţia unor trăiri cu sufocări, sugrumări, ceea ce atestă în mod direct lipsa oxigenului. Şi setea, în fond inconştientă în timpul somnului, poate fi reprezentată, fie visînd un pustiu, o arşiţă, fie visînd lacuri şi izvoare, respectiv consumînd apă pentru a potoli setea.

Pe lîngă factorii fizici, intervine cu o pondere relativ mare în geneza anumitor structuri ale viselor mecanismul de memorie, prin care se reactualizează informaţii vechi, lucru mai greu de evidenţiat însă.

O a treia categorie de vise prezintă o cauzalitate aparent incomprehensibilă, în care procesele onirice duc la imagini cu trăiri deosebite, care au constituit, în mare, materialul brut al dorinţelor refulate şi realizate exclusiv pe plan oniric, dar traductibile prin tehnica psihanalitică. Mai există însă o categorie aparte de vise, cu caracter anticipativ, acestea fiind cele mai interesante, dar şi cele mai greu de explicat, cărora le vom rezerva un loc special în cele ce urmează.

COORDONATE PSIHANALITICE

Încă de la sfîrşitul secolului trecut, Freud a introdus interpretarea viselor ca o metodă de comprehensiune şi de tratament privind diferitele boli psihice. El a numit visul „calea regală" de studiu a inconştientului, subliniindu-i astfel valoarea metodologică.

În timp s-au efectuat extrem de numeroase cercetări asupra viselor, privite, în principal, prin prisma psihanalitică, iar extrapolările, uneori mai mult decît forţate, au avut parcă tendinţa de a statua un adevărat edificiu filozofic, depăşindu-şi prin aceasta în mod cert condiţia.

Mai mult decît atît, extrem de numeroasele publicaţii ulterioare, cel puţin în ultimii 20—30 de ani, s-au întrecut în aşa-numitele priviri „critice" asupra psihanalizei, în general. Dar, de fapt, aceste lucrări criticau în mod special psihanaliza ca sistem antropologic cu implicaţii filozofice, intuind că aceasta rămîne doar o metodă de diagnostic şi tratament, chiar dacă s-a încercat să i se atribuie poziţii mult mai ample.

Indiferent însă de poziţia pe care ne situăm, noi nu putem trece peste importanţa relaţiei vis-interpretare.

Freud se exprima chiar că visul continuă emoţiile şi interesele vieţii din perioada de veghe.

Dar gîndurile zilei nu pot genera vise în afara unor forțe pulsionale, unei dorințe ce situează visul în inconștient. La copii, adesea, dorințele sînt exprimate direct.

În ceea ce privește dorințele refulate de o cenzură psihică, ele se pot manifesta în vis fără a leza prejudecățile sale conștiente. Visul are deci această funcție de a modera excitația inconștientului. Pe de altă parte, el transformă aceste impulsuri sub o formă simbolică, de o varietate ieșită din comun. Și astfel, visele apar ca împliniri deghizate ale unor dorințe reprimate. Tot prin ele putem pătrunde în universul unor extrem de variate stări conflictuale, mărind astfel, în mod semnificativ, eficiența valoroasei metode de tratament pe care o reprezintă psihoterapia.

VALOAREA PROFETICĂ

Din timpuri imemoriale s-a admis că visele oamenilor pot reprezenta adevărate „informări" din partea unor forțe supranaturale asupra viitorului unor oameni, grupuri, acțiuni.

Și de ce să nu recunoaștem, chiar și astăzi numărul celor care cred în capacitatea de prevestire a viselor în general este cu mult mai mare decît al celor care afirmă cu toată tăria că, indiferent de fenomenul visat și apoi întîmplat, acesta ar reprezenta o simplă coincidență.

Existența certă a unor vise cu valoare profetică este un fapt de netăgăduit. Istoria ne-a păstrat celebrul vis al Calpurniei, soția lui Cezar. Aceasta a avut o adevărată viziune panoramică asupra unui viitor sfîrșit al lui Cezar. A încercat din răsputeri să-l convingă de temeinicia visului ei și deci de pericolul real care îl pîndea și de care fusese informată de zei. Dar faptele au dovedit că Cezar — ca și alte zeci și zeci de generații ulterioare — nu a dat crezare profețiilor visului.

La nivelul cunoștințelor noastre actuale, nu se poate da nici o explicație pe deplin satisfăcătoare viselor cu caracter profetic. Totalitatea publicațiilor care au abordat această temă oscilează în jurul a trei poziții :

— prima, cea mai materialistă, respinge ideea oricărei valori profetice a viselor, considerînd că faptele confirmate ulterior unor vise reprezintă pură coincidență ;

– a doua, mai puțin riguroasă, admite rolul prevestitor al viselor, nefiind însă în stare să asigure un minimum de explicații științifice ;

— cea de a treia modalitate de încadrare a viselor profetice vizează, în principal, o serie de aspecte paranormale ale visului, încadrabile în fenomenele parapsihologiei.

Explicații științifice satisfăcătoare au fost date numai unor vise legate de o boală proprie. În aceste cazuri, indivizii respectivi au „viziuni" cu mult înaintea instalării fenomenelor clinice, dar, probabil, cînd fenomenele au fost deja declanșate (la nivelul unor infrastructuri celulare, enzimatice, biochimice). Se admite că anumite stimulări interne ar influența în perioada somnului paradoxal anumite structuri cerebrale și, în ultimă instanță, în cadrul activității onirice ar apărea anumite imagini perfect traductibile cu starea de boală clinică, care se va stabili mai mult sau mai puțin curînd.

INTERFERENȚE PARAPSIHOLOGICE

În prezent se strîng o serie de date privind științele parapsihologice, se instituie laboratoare de cercetare, a căror activitate generală este în stadiul acumulărilor cantitative. Studiul acestor fenomene ce ies din sfera percepțiilor noastre senzoriale obișnuite constituie, în mare, obiectul parapsihologiei. Aceste percepții extrasenzoriale sînt caracteristice unui grup aparte de oameni, care cuprinde un amestec foarte eterogen : de la marii profeți din trecut, mult discutați în cărțile religioase, la șarlatanii de duzină ai zilelor noastre.

Persoanele cu fenomene paranormale de percepție ar putea avea mult mai ușor astfel de vise premonitorii. Dar și oamenii aparent normali, fără nici o modificare decelabilă prin mijloacele noastre de investigare actuală, pot avea astfel de vise cu caracter pronunțat anticipativ.

Clarificarea acestor probleme rămîne însă în sarcina studiilor viitoare.

O interesantă ipoteză ni se pare cea legată de fenomene de hipnoză, considerate totalitar ca o posibilă placă turnantă a cercetărilor parapsihologice. Studiile psihofiziologice au admis în mod unanim hipnoza, aceasta presupunînd inducerea unei stări extrem de asemănătoare cu somnul natural. Dar această „inducere" presupune, fără în-

doială, o influență din afară, o exprimare printr-o forță deosebită a gîndirii, a voinței unui om asupra altui om, deci existența unui plin proces parapsihologic.

Astfel, somnul hipnotic, asemănător întrucîtva cu cel fiziologic, reprezintă un efect psihofiziologic pur, indus pe cale parapsihologică.

Astfel, am putea considera că ne aflăm în pragul descifrării primelor elemente cert științifice ale unor fenomene cu încadrare parapsihologică.

CONCLUZII

Aceste cîteva idei referitoare la activitatea onirică atestă, credem, într-un mod pregnant, relativa insuficiență a cunoștințelor noastre despre somn și vis.

Ne-am axat pe cele mai noi și, în special, mai interesante date privind somnul normal și patologic, cu corolarul său — visul — de care se leagă cele mai multe necunoscute ale activității cerebrale.

Am căutat să dezvăluim nu numai lipsa de cunoștințe, dar să punem în evidență și spectacularul magic, încercînd să vedem pînă unde a reușit știința actuală să explice fenomenele discutate. Explicațiile se află, în mod cert, în urma celor privitoare la alte domenii, nu numai datorită unor inerente greutăți de concepție și cercetare, dar și aspectului interdisciplinar complex al tematicii abordate. Aspectele clinice pur psihiatrice și neurologice se bazează pe ample date de fiziopatologie, sociologie, psihologie și chiar parapsihologie.

Încercările de demitificare a zeităților somnului pivotează, desigur, în jurul cercetărilor electroencefalografice, cu ample și frecvente înregistrări făcute în timpul somnului, cu și fără vise. Ele au dus deja la primele clarificări, de natură bioelectrică, ale intimității mecanismelor somnului.

Iar mîine, poate, noi date de ordin biochimic, histoenzimologic etc., vor adînci și mai mult acest amplu și nesfîrșit proces al dezvoltării psihofiziologiei, fiecare nou element, intuit și confirmat, constituind o parte din marele adevăr al cunoașterii, după care omenirea aleargă de milenii.

Dr. MIHAI PASCU
Spitalul unificat Rm. Vîlcea

MEDICINA ȘI PROVERBUL

S-a-ntrunit cîndva, departe,
un colocviu medical
cu savanți burduf de carte,
de renume mondial.

Cu știința lor destulă,
vrînd să-și facă datoria,
tot visau la o pilulă
care vindecă prostia.

Dar întîi și-ntîi de toate,
cei veniți de pe tot globul
au crezut cum că se poate
să-i descopere microbul.

Căci prostia se transmite,
circulă și prin metrouri,
prin bodegile țixite,
și prin cărți, și prin birouri.

S-au căznit un an savanții,
irosind mereu speranțe.
Obosiră laboranții,
combinînd în van substanțe.

Căci cu toată osteneala,
n-au putut să-i dea de hac.
Deci, s-a confirmat zicala
că prostia n-are leac !

TEODOR MARICARU

CEFALEEA

Dr. OCTAVIAN IENIȘTEA

medic primar neurolog

Derivat din cuvîntul grec „kephalê", care înseamnă cap, termenul medical cefalee desemnează durerile capului, indiferent dacă-l cuprind în întregime sau dacă se limitează numai la o anumită parte a sa. Precizarea se impune, deoarece, datorită asemănării dintre cuvîntul ceafă și termenul medical de cefalee, unele persoane consideră că cefaleea înseamnă dureri ale cefei, după cum altele numesc în mod greșit migrenă, orice durere de cap violentă.

Ca orice durere, și durerea de cap nu constituie o boală, ci un simptom, adică un semn care ne avertizează fie că sănătatea ne este amenințată, fie că „undeva", în organism, există deja un proces patologic. Spunem „undeva", deoarece, deși cuprinde capul, cefaleea nu apare numai în suferințele capului și ale componentelor sale, ci și în afecțiuni ale întregului organism, ale unui organ, aparat sau sistem situat în oricare parte a corpului. Pe de altă parte, durerea de cap apare și în situații ce nu exprimă adevărate îmbolnăviri, așa cum se întîmplă, spre exemplu, în cazul oboselii avansate, al somnului insuficient, al unui abuz alimentar, de băuturi alcoolice, de cafea sau, dimpotrivă, în cazul alimentației insuficiente sau al nemîncării la vreme, al fumatului excesiv, al ședерii prelungite într-o atmosferă viciată, al unei emoții sau al unei încordări psihice puternice și de durată, al nepurtării ochelarilor corespunzători de către persoane cu defecte de vedere etc. În mod firesc, în asemenea situații, înlăturarea cauzelor, raționalizarea modului de viață, a alimentației, a odihnei și activității, va determina dispariția cefaleii în scurt timp și fără nici un tratament medicamentos. Dealtfel, se cuvine precizat de la început faptul că, indiferent care ar fi cauza cefaleii, dispariția ei sub acțiunea unui calmant (antinevralgic etc.) nu echivalează întotdeauna cu vindecarea, mai ales atunci cînd durerea reapare după epuizarea acțiunii medicamentului folosit. Concluzia practică ce se desprinde este aceea că, ori de cîte ori o durere de cap „întîmplătoare" reapare după ce efectul calmantului a dispărut, trebuie consultat medicul. Aceasta, cu atît mai mult, cu cît numărul tulburărilor diferitelor funcții ale organismului și al afecțiunilor care se însoțesc de cefalee este de ordinul sutelor, ceea ce face adesea imposibilă identificarea adevăratei cauze de către bolnav. Așa fiind, este lesne de înțeles că a continua timp îndelungat folosirea calmantelor, de obicei în doze din ce în ce mai mari, ca și practica unora de a apela la medicamente „care i-au făcut bine" unei persoane cunoscute, înseamnă a accepta cel puțin trei riscuri majore, și anume :

— agravarea, cronicizarea sau apariția de complicații ale bolii ascunse care întreține durerile de cap, prin întîrzierea diagnosticării ei și a aplicării tratamentului potrivit ;

— adăugarea la tulburările determinate de boală și a celor provocate de efectele secundare, nocive, ale medicamentului folosit, a cărui nocivitate este direct proporțională cu doza și durata utilizării lui ;

— instalarea „obișnuinței" de a folosi calmantul sau antinevralgicul, chiar și după ce durerile au dispărut.

De aceea, considerăm necesar să expunem unele dintre cauzele posibile ale cefaleii, precum și problemele pe care aceasta le ridică, exceptîndu-le pe acelea care însoțesc o anumită afecțiune binecunoscută de bolnavul respectiv.

Referindu-ne la cauze, trebuie făcută o diferențiere între durerile care cuprind tot capul și cele *localizate*, ultimele dezvăluin-

du-şi mai des, dar nu totdeauna, motivul care le-a generat. În acest sens, menţionăm durerile care apar în afecţiunile stomatologice (carii dentare, abcese etc.), otorinolaringologice (sinuzite, otite, faringite, amigdalite etc.) sau ale ganglionilor limfatici, în infecţii ale pielii şi ţesutului subcutanat (furuncule, abcese etc.), precum şi în suferinţele provocate de traumatisme mecanice, chimice. În aceste cazuri, adăugîndu-se la durerea din zona afectată şi alte simptome, cum ar fi : modificări de culoare a pielii, umflături, secreţii, există posibilitatea de a presupune cu relativă uşurinţă cauza. Totuşi, există şi dureri localizate, determinate fie de cauze locale, fie de procese patologice de vecinătate sau la distanţă. Un exemplu reprezentativ îl constituie durerile localizate în orbită şi în zona ce o înconjură, cuprinzînd sau nu globul ocular, dureri care pot avea cauze locale (boli ale ochiului şi ale anexelor sale), cauze de vecinătate (sinuzite, suferinţe intracraniene etc.) şi la distanţă (crizele migrenoase provocate de colecistite etc.).

În ceea ce priveşte *cefaleea generalizată*, aceasta ridică probleme mai complicate de diagnostic, uneori bolnavul punînd-o pe seama unui factor de risc cu care a coincis (de exemplu, expunerea la frig), iar alteori pe seama unei boli de care se teme în mod special, deşi cauza adevărată este cu totul alta : surmenajul, nevroza, începutul unei hepatite etc. Întîrziind prezentarea la medic, ambele categorii de persoane riscă : primii vor exagera în a se îmbrăca prea gros, vor transpira abundent şi se vor expune unei afecţiuni suprăadăugate celei care a produs cefaleea, administrîndu-şi inutil medicamente „împotriva răcelii" ; ceilalţi vor amîna consultarea la medic de teamă să nu se confirme presupunerile lor pesimiste, ceea ce are drept consecinţă o permanentă stare de îngrijorare şi de nelinişte.

Desigur, există şi în cefaleea generalizată, ca şi în aceea cu delimitare imprecisă (în zona frunţii şi a tîmplelor, în creştet ori în părţile laterale sau dinspre ceafă), cauze locale, aşa cum se întîmplă în suferinţe intracraniene diverse, precum şi în procese patologice care afectează zone învecinate (mastoidite, spondiloze cervicale, boli oftalmologice etc.), situaţie în care durerea locală tinde să cuprindă tot capul.

Dar cefaleea, mai mult sau mai puţin extinsă, reprezintă şi un simptom destul de frecvent întîlnit într-o mulţime de boli infecţioase sau parazitare, boli interne, endocrinologice, metabolice, toxice sau alergice, psihiatrice etc., fie ca un semn de instalare a îmbolnăvirii, fie în timpul evoluţiei sau în convalescenţă. Dintre acestea menţionăm : gripa, hepatita, bolile digestive, diabetul, hipertensiunea arterială, tireotoxicoza, intoxicaţia tabagică, alcoolică ori medicamentoasă, urticaria, stările de tensiune emoţională, nevroza etc. Aceste exemple, puţin numeroase, lasă să se întrevadă că lista bolilor care pot provoca cefalee nu s-a epuizat şi că, practic, bolnavul se află în imposibilitatea de a-şi stabili un diagnostic cauzal corect. Dacă nu ne-am gîndi decît la cefaleea cu caracter migrenos, care se prezintă sub forme extrem de diferite şi care poate recunoaşte nenumărate cauze (vasculare, endocrinologice, neurologice, psihice, hepatice etc.) şi tot ar fi suficient să ne convingem că diagnosticul nu poate fi decît la îndemîna medicului. Cu atît mai mult, cefaleea durabilă, care se repetă, se accentuează, se permanentizează sau se însoţeşte şi de alte simptome trebuie să ne determine să ne prezentăm cît mai repede la consultaţie.

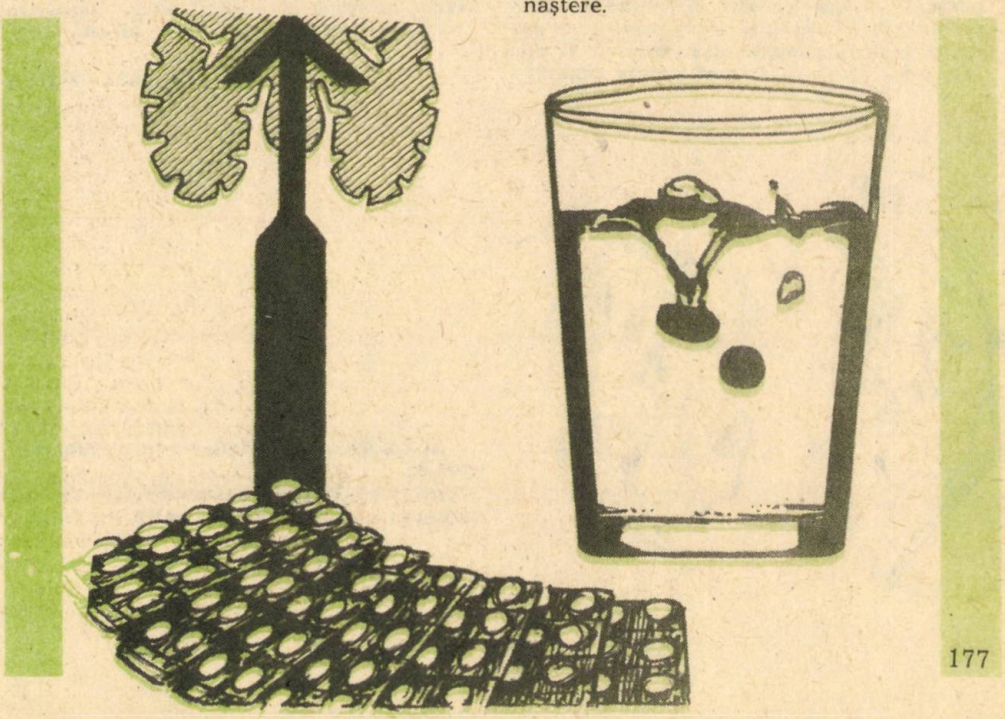
Practic, ce trebuie să facă o persoană căreia, în plină sănătate, îi apare o durere de cap ?

În primul rînd, este necesar ca bolnavul în cauză să treacă în revistă modul de viaţă, de alimentaţie, de odihnă şi activitate, precum şi eventualele îmbolnăviri de care a suferit într-o perioadă scurtă de timp dinaintea apariţiei cefaleii (o săptămînă). Acest simptom ar putea fi consecinţa unor încălcări ale normelor de igienă, în care caz, bolnavul îşi va revizui atitudinea, iar dacă durerea persistă, se va recurge la 1—3 tablete pe zi de Antinevralgic, Algocalmin, Sirenon, Fasconal, nu mai mult de 2—3 zile consecutiv, timp necesar pentru ca măsurile de raţionalizare a vieţii şi a activităţii să-şi spună cuvîntul. La femei, pentru durerile de cap intense, cu caracter pulsatil (senzaţie de durere intracraniană zvîcnitoare), cu ameţeală, greaţă şi o stare de rău general, dureri care apar înainte sau în timpul menstruaţiei, se recomandă, pe lîngă un calmant din cele menţionate, şi un medicament cu acţiune de reglare a sistemului nervos vegetativ (Bergonal, Distonocalm etc.).

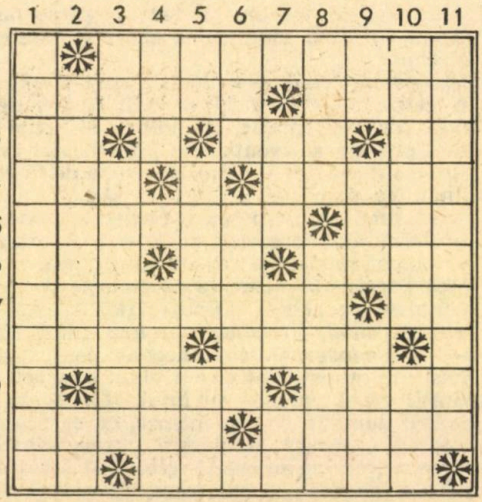
Precizăm însă că, în toate cazurile menţionate, agravarea sau persistenţa cefaleii şi apariţia unor noi simptome, chiar dacă durerile de cap au cedat total sau parţial, este obligatorie consultarea neîntîrziată a medicului de medicină generală.

În acest caz, bolnavul are obligaţia să informeze pe medic asupra momentului şi modului în care s-a instalat cefaleea (brusc sau pe nesimţite), dacă cuprinde tot capul sau dacă se limitează la o anumită zonă, dacă aceasta este intensă (surdă, puternică, violentă). De asemenea, bolnavul va trebui să dea relaţii asupra caracterului durerii (ca o arsură, înţepătură, junghi, fulger, cleşte, zvîcnitură), asupra duratei şi evoluţiei (fulgerătoare, permanentă, în crize, progresivă), dacă a remarcat anumiţi factori care-i favorizează apariţia sau agravarea, sau care o fac să slăbească sau să dispară, ce simptome o preced, o însoţesc sau îi urmează (ameţeli, greaţă, vărsături, leşinuri, somnolenţă), în ce moment al zilei apare de obicei (dimineaţa, după-amiaza, seara, în timpul nopţii etc.). În felul acesta se creează condiţii favorabile stabilirii unui diagnostic corect, cunoscut fiind că de relatările bolnavului, fără omisiuni, exagerări, denaturări sau adăugiri, depinde şi conduita terapeutică.

Aşadar, după cum am putut constata, acest simptom, aparent simplu şi banal, poate fi determinat de mecanisme diferite, mecanisme care nu rareori se combină între ele, complicînd şi mai mult calea spre adevărata cauză. Tocmai de aceea trebuie apelat la consultul medicului, care dispune, pe lîngă informaţiile furnizate de bolnav, şi de datele obţinute în urma examinării acestuia, precum şi de investigaţiile paraclinice (radiologice, de laborator etc.). Numai respectînd tratamentul şi măsurile igienodietetice recomandate, cefaleea va ceda şi odată cu ea şi tulburarea funcţională sau procesul patologic care i-a dat naştere.



LA SPITAL

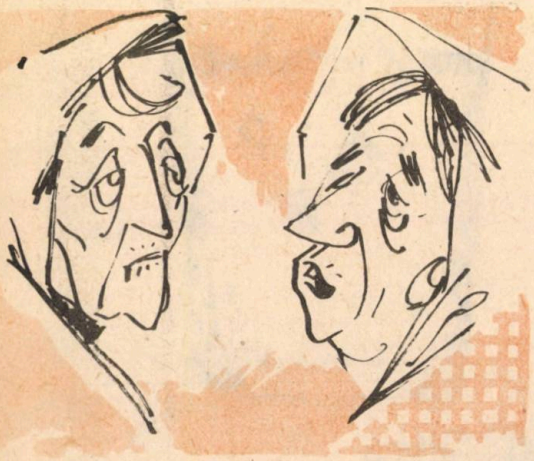


ORIZONTAL : 1. A interna pe cineva într-un spital pentru tratament medical. 2. Interpretul dr. Grecea, șeful laboratorului Spitalului de urgență din filmul „Cianura și picătura de ploaie" (Marin) — Medicul din romanul „Adela" de G. Ibrăileanu. 3. Bec ! — Livid — La ieșirea din spital ! 4. Cîntec de leagăn — Șeful clinicii chirurgicale de la Spitalul de urgență din Moscova, erou din volumul „Sentința" de Vladimir Solouhin, apărut în traducere românească în Ed. Univers (Alexandrovici Petrov). 5. Instrument chirurgical format dintr-o lamă cu două tăișuri foarte ascuțite — Localitate în Olanda. 6. Plasă de prins pește — „... spital", titlul temei de față — Doctorița din nuvela „Spitalul" de Ion Istrati (Andrieș). 7. Tălmăcire (pop.) — Articol nehotărît. 8. Mioriță — Orășel în India. 9. Riu în Birmania — Pictor român (1881—1958), care a transpus pe pînză „Spitalul Coltea, văzut din față" (Iosif). 10. Porțiunea terminală a intestinului subțire — Undeva, nedefinit. 11. În fugă ! — A administra cuiva un vaccin.

VERTICAL : 1. Tratament medical care nu necesită spitalizare. 2. Infirmiera de spital din romanul „Galeria cu viță sălbatică" de Constantin Țoiu — Lege ! 3. Ser ! — Se fac la spital în vederea stabilirii diagnosticului. 4. Sînt repartizate în spital fiecărui bolnav (sing.) — Clasic al literaturii ruse (1860—1904), autorul nuvelei „Salonul nr. 6". 5. Ieșire ! — Medicul din romanul „Infirmii" de Mihail Șerban (Pamfil) — Soția (Flavia Buref) chirurgului Tudor (Victor Rebengiuc) din filmul „A fost prietenul meu". 6. Exclamație — Jachetă de stofă. 7. Pănură — Bir ! — În vîrful seringii. 8. Personaj legendar — Tratează bolnavii internați în spital (pl.). 9. Impuse ! — Haină — Sunet prelungit, folosit în scopul acompanierii unei melodii. 10. Autorul poeziei „Într-un spital boreal" (vol. „Oglinda de ceață" ; Horia) — Prenume feminin. 11. Pictor italian, realizatorul tabloului „Spitalul", aflat în colecția Muzeului de Artă al R.S.R. (Umberto).

Dicționar : EES, AVA, ORDI, ZHAR, LELO.

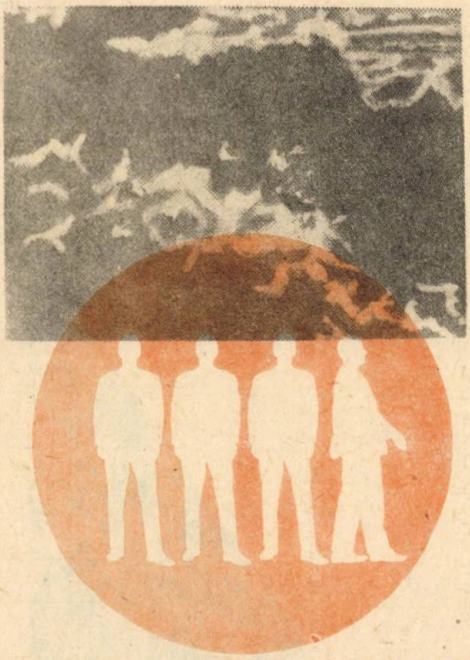
ADAM STOICA



— ȘI CE ȚI-A „PRESCRIS" DOCTORUL, VECINĂ ?...

— EH, TOT D-ALE NOASTRE : COADA ȘORICELULUI, LABA GÎȘTII, COADA CALULUI...

CANCERUL
și factorii de mediu



Cancerele sau tumorile maligne reprezintă una din problemele majore care interesează lumea modernă. Boala a fost cunoscută din antichitate și constituie una din manifestările morbide cele mai universale, în continuă creștere. După datele publicate de către Organizația Mondială a Sănătății, se înregistrează anual circa 6 milioane de cazuri noi de cancer și mai mult de 5 milioane de decese prin această boală.

Frecvența crescută a cancerului la populația umană actuală reprezintă, fără îndoială, rezultatul unei mai complete cunoașteri și posibilități de depistare a bolii, dar în primul rînd, al unei extinderi reale a sa, datorită, pe de o parte, proporției mai mari a populației vîrstnice (boala fiind mai des întîlnită la această categorie a populației), iar pe de altă parte încărcării mediului cu agenți cancerigeni, care sînt, în cea mai mare măsură, de natură artificială.

În prezent, din 4 persoane una face cancer pînă la sfîrșitul vieții, și din 6 decese, unul se datorește cancerului. Dealtfel, această afecțiune se situează pe locul doi între cauzele de deces al populației din țările dezvoltate. Pentru viitor, se afirmă că în unele țări, cum ar fi S.U.A., în decurs de numai o generație, numărul celor atinși de cancer se va dubla.

Cancerul fiind o boală atît de frecventă și în continuă ascendență, cu caracter necruțător, desigur că i se va acorda și cea mai mare parte a efortului de cercetare științifică mondială contemporană. Cauzalitatea producerii cancerului nu este complet elucidată. Totuși, în ultima vreme s-au acumulat date care arată că boala are o etiologie multifactorială, un rol important revenind agenților cancerigeni din mediul înconjurător. Așa se explică dealtfel frecvența sa în plină creștere, paralel cu evoluția tehnică, care a dus la dezvoltarea industriei și a unui mod de viață prin care se pun în libertate o gamă foarte largă de substanțe cancerigene în mediul de viață și muncă. Pentru populația expusă profesional, putem vorbi chiar de un cancer ocupațional. Asocierea dintre agentul cancerigen și apariția bolii poate fi constatată cu ușurință. Cele mai cunoscute cancere ocupaționale sînt : cancerele căilor respiratorii și pulmonare, cancerele cutanate, leucemiile, cancerul de ficat etc.

Descoperind cauza unui cancer ocupațional, se pot institui măsuri preventive eficace, capabile să înlăture fie factorul cancerigen, fie să modifice procesul tehnologic. Sarcina de a depista potențialul cancerigen al unor substanțe sau de a stabili

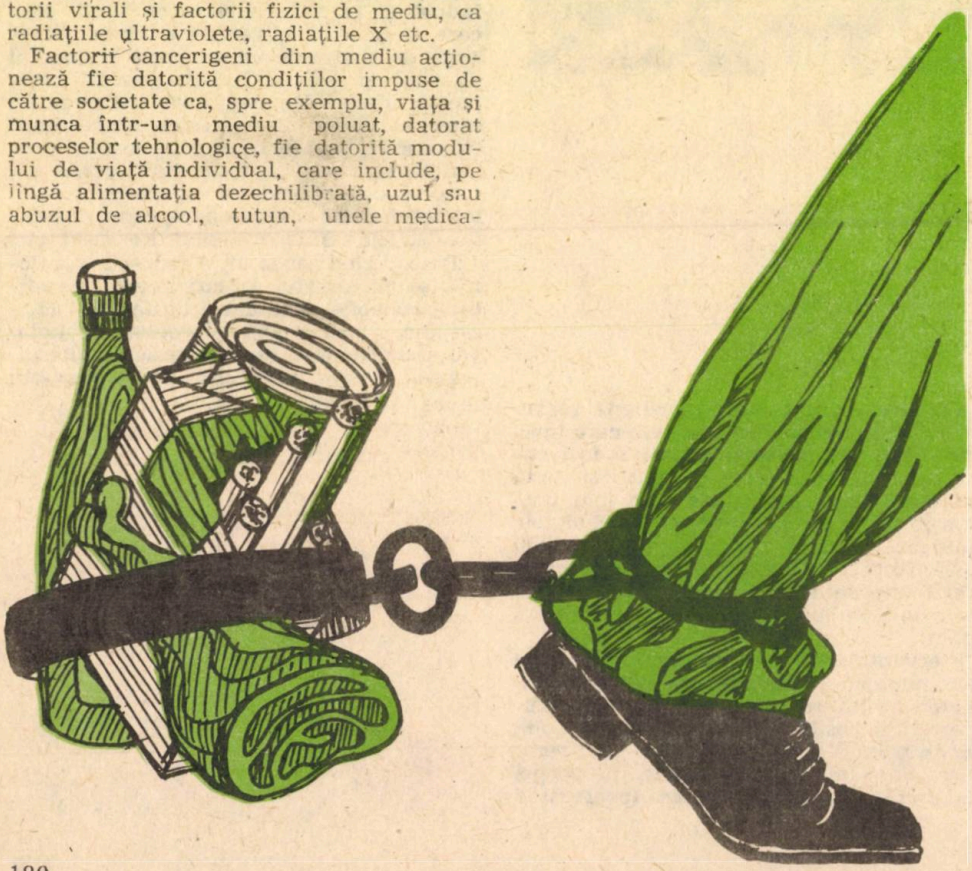
limitele nenocive ale concentrațiilor acestora este deosebit de dificilă, deoarece în fiecare an se sintetizează aproximativ 200 000 de substanțe chimice noi, cu diverse întrebuințări : îngrășăminte, adezivi, conservante alimentare.

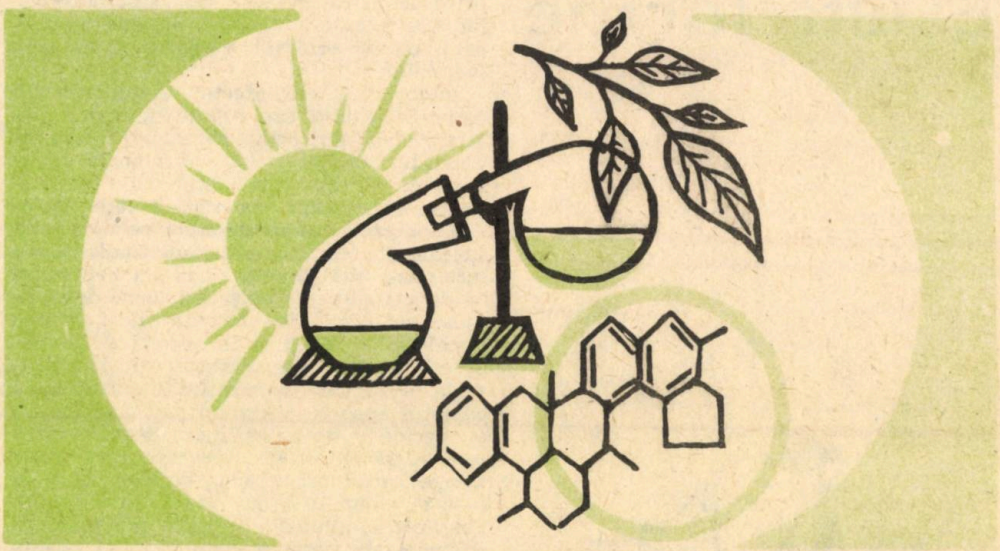
În producerea cancerului au importanță, de asemenea, și factorii genetici, dar aceștia nu fac decît să caracterizeze rata naturală a bolii, care este mult mai scăzută decît cea reală, cel puțin față de cea din țările dezvoltate industrial, unde frecvența bolii este maximă. După părerea unor importanți oameni de știință, ridicarea incidenței cancerului peste această rată se datorește exclusiv influențelor din mediul extern.

Comparîndu-se incidența cancerului la persoane din diferite zone geografice în concordanță cu prezența sau absența unor factori cancerigeni în mediu, se apreciază că 90% din incidența bolii este urmarea intervenției factorilor din mediu. Unii cercetători consideră că influența factorilor de mediu este și mai puternică, deoarece 90% din etiologia bolii ar reprezenta numai compușii chimici, iar în restul de 10% s-ar grupa, pe lîngă factorii genetici, factorii virali și factorii fizici de mediu, ca radiațiile ultraviolete, radiațiile X etc.

Factorii cancerigeni din mediu acționează fie datorită condițiilor impuse de către societate ca, spre exemplu, viața și munca într-un mediu poluat, datorat proceselor tehnologice, fie datorită modului de viață individual, care include, pe lîngă alimentația dezechilibrată, uzul sau abuzul de alcool, tutun, unele medicamente, standardul de igienă etc. Din cercetările efectuate de Uniunea internațională de luptă împotriva cancerului a reieșit că rolul major în producerea cancerului îl au factorii ce țin de viața individuală și în special de obiceiuri alimentare: mîncatul în grabă, supraalimentația, folosirea excesivă a alimentelor fierbinți, prăjite, afumate, piperate, aromate, conservate cu nitrați, fumatul, consumul abuziv de alcool etc.

Dependența cancerului de astfel de factori de macro- și micromediu a dus la concluzia că 75% din cancerele umane ar putea fi prevenite prin excluderea acestora din viața omului. În cazul că s-ar mai adăuga și alte măsuri, ca cele care pot să prevină sau să reducă efectul cancerigen în organism al agenților cancerigeni (așa-numitele metode de interferență), reducerea frecvenței cancerelor s-ar ridica considerabil. Aceste metode sînt în prezent amplu cercetate, iar unele foarte simple au fost deja conturate. Așa, de exemplu, acțiunea benzpirenului, o hidrocarbură cancerigenă foarte frecventă în aer,





alimente, fumul de tutun etc. poate fi împiedicată prin administrarea vitaminei A. Vitaminele C și E inhibă formarea în organism a nitrozaminelor, substanțe considerate a avea mare rol în producerea cancerelor digestive și, în special, a celui gastric. Anumiți aminoacizi din alimentele proteice ca : cisteina, cazeina, metionina inhibă substanțele cancerigene cu rol, în special, în cancerul ficatului.

Prin combinarea acestor două metode — reducerea factorilor de risc carcinogenetici și creșterea rezistenței organismului la astfel de factori — deja s-au conturat rezultate încurajatoare. Un exemplu concludent îl reprezintă cancerul gastric în S.U.A. Frecvența bolii a fost redusă spectaculos prin excluderea sau diminuarea unor obiceiuri alimentare dăunătoare ca : utilizarea unor regimuri hiperproteice (cu carne conservată, afumată), bogate în lipide animale (utilizate mai mult prăjite) și sărace în legume și fructe și înlocuirea cu regimuri echilibrate în principii alimentare, cu produse proaspete sau conservate prin frig și completarea regimului alimentar cu vitamine, printr-o utilizare mai largă a fructelor, legumelor și laptelui.

Exemplul acesta, care nu este desigur singurul, este edificator asupra faptului că o boală atît de necruțătoare, cum este cancerul, poate fi învinsă atît de simplu, prin niște măsuri care să ducă pe cît posibil la evitarea cauzelor ei. Important este faptul că mijloacele respective stau, în bună măsură, la îndemîna tuturor : alimentație echilibrată, evitarea uzului și a abuzului de tutun, a alcoolului, folosirea medicamentelor numai la indicația medicului, respectarea strictă a normelor de protecția muncii la locurile de muncă cu noxe chimice specifice sau cu radiații ionizante, în general, respectarea unor reguli sanogenetice de viață. Și, în sfîrșit, cînd vom ajunge la cunoașterea mai exactă a mecanismelor operative de carcinogeneză, vom avea și mai multe mijloace de inhibiție a lor. Pînă atunci, să nu neglijăm rolul unor vitamine, în special al vitaminelor C, A și E.

Conf. dr. M. Barnea

Există forme de cancer curabile

Incidența tot mai crescută a cancerului în rîndul populației, întîlnită la orice vîrstă, justifică preocuparea obsedantă a oamenilor de știință pentru descifrarea acelor remedii terapeutice susceptibile să modifice viitorul celor ce sînt lezați de această boală. Una din formele de cancer, descrisă cu 149 de ani în urmă, este maladia Hodgkin, cunoscută și sub numele de limfogranulomatoză malignă.

Boala afectează deopotrivă adulții și copiii, dar este întîlnită mult mai frecvent la băieți și bărbați. Ea debutează de obicei printr-o simptomatologie necaracteristică.

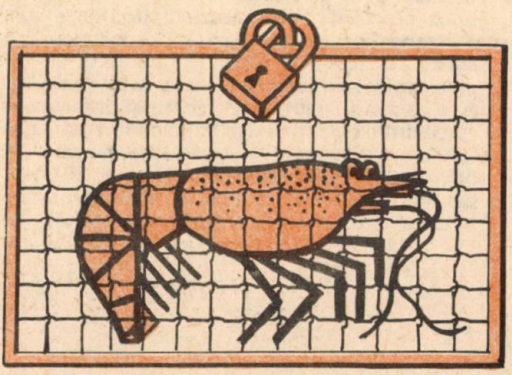
La copii, ea este descoperită întîmplător, cu ocazia unui examen medical. Inițial, se constată creșterea unui ganglion sau, mai rar, un grup ganglionar. De cele mai multe ori sînt prinși ganglionii cervicali și îndeosebi cei de partea stîngă. Părinții și, uneori, chiar și medicii socotesc aceasta ca o reacție în urma unei infecții amigdaliene, ce se poate însoți de adenopatii. Dar spre deosebire de adenopatiile din infecțiile banale, ganglionii din maladia Hodgkin nu retrocedează odată cu vindecarea presupusei infecții faringiene. De cele mai multe ori, ganglionii evoluează independent de orice semn de infecție, nu sînt dureroși, iar pielea care îi acoperă nu este modificată, nu își schimbă culoarea și nu este mai caldă.

Alteori, nu sînt afectați ganglionii din regiunea gîtului sau cei de deasupra claviculelor, ci sînt prinși ganglionii mediastinali (din torace), în care caz boala debutează cu o respirație dificilă, tuse seacă și uneori o colorație cianotică a feței, datorită compresiunii ganglionilor pe vena cavă superioară. Nu foarte rar, adenopatia are o localizare abdominală și atunci debutează cu dureri abdominale și fenomene de compresiune, fiind în funcție de mărimea ganglionilor lezați și în special de localizarea lor. Un semn caracteristic îl reprezintă febra, care se manifestă într-un mod cu totul special, alternînd perioade febrile cu perioade de afebrilitate. Semnificativă este și pierderea în greutate, care poate atinge valori importante, ce merg pînă la 6—8 și chiar 10% din greutatea corpului. Este, poate, unul din semnele cele mai importante de care trebuie să țină seama medicii.

Adeseori, bolnavul prezintă mîncărimi ale pielii, deosebit de supărătoare, ceea ce îl determină să se scarpine, producînd leziuni de grataj ce se pot infecta. Deși aceste leziuni pot fi întîlnite numai la 1/5 din bolnavi, ele constituie o indicație prețioasă asupra semnificațiilor pe care le prezintă. Deoarece aceste leziuni sînt interpretate adesea drept afecțiuni ale pielii, desigur că bolnavii vor consulta specialistul dermatolog.

De multe ori bolnavii mai acuză transpirații puternice în timpul nopții, acestea fiind resimțite în special în jumătatea superioară a corpului.

Considerăm că aceste semne subiective de debut ale bolii, asupra cărora am insistat, trebuie să fie bine cunoscute de populație, deoarece depistarea unui bolnav



în fazele incipiente ale bolii are o importanță hotărîtoare în procesul vindecării.

Unele statistici mai recente arată că în urma noilor metode de tratament și mai ales dacă acesta este aplicat în stadiile I și II ale bolii, șansele de supraviețuire sînt sporite, vorbindu-se chiar de vindecări în proporție de 100%. Firește că nu putem vorbi de aceleași rezultate în stadiile III și IV ale bolii, dar oricum, chiar și în aceste faze, media de supraviețuire a depășit așteptările.

Aceste rezultate strălucite au fost obținute grație, pe de o parte, noului sistem de iradiere. Odată cu introducerea aparaturii cu megavoltaj, a cobaltoterapiei și a modificărilor în dozajul roentgenterapiei, s-a ajuns ca în stadiile I și II rezultatele să fie spectaculoase. Aceasta, deoarece dozele mici măreau riscul reluării locale a evoluției bolii.

Firește însă că aceste iradieri cu doze mari nu sînt lipsite de pericole și, cu toate mijloacele de protecție care se iau astăzi, sînt cazuri care, prezentînd o sensibilitate mai mare la raze, ajung la complicații ale bolii de iradiere.

Pe de altă parte, s-au descoperit noi substanțe care intră în componența citostaticelor, substanțe cu acțiune directă de distrugere a celulelor tumorale. Și dacă pînă acum 10 ani erau utilizate cure chimioterapice monomedicamentoase, în credința că prin alternanța lor se va realiza mai greu rezistența celulară, în ultimii 10 ani s-au generalizat metodele așa-zise de polichimioterapie. Această polichimioterapie constă din asocierea a 2—3 sau chiar 4 medicamente, care se administrează concomitent, pe o perioadă relativ scurtă, de exemplu 14—15 zile. Prin administrarea acestor cure se obține nu numai o bună toleranță a lor, dar și un procent destul de ridicat de remisiuni, adică o retrocedare a ganglionilor inflamați, normalizarea probelor de evolutivitate biologică și dispariția completă a simptomelor generale.

S-a constatat că și după normalizarea clinică și biologică a bolnavului, adică după intrarea lui în remisiune, este posibil ca după un timp oarecare (luni sau ani), boala să-și înceapă din nou evoluția. Din această cauză, în prezent, chiar după obținerea unei remisiuni complete, tratamentul se continuă ani de zile, prin așa-zise cure de reciclare.

La această nouă concepție în administrarea citostaticelor s-a ajuns în urma observațiilor, care atestă că bolnavii care s-au supus cu regularitate acestor cure de reciclare au șanse mult mai mici de a face recăderi ale bolii. În ultimii ani s-a creat concepția potrivit căreia evoluția bolii este rezultatul luptei dintre boală și imunitatea organismului, înțelegîndu-se prin aceasta funcția organismului capabilă să diferențieze structurile sale proprii de cele străine. Or, reacția organismului împotriva celulelor canceroase se datorește faptului că acestea au o structură diferită de cea a restului celulelor din organism. Și astfel s-au introdus diverse metode, denumite imunoterapice. Toate aceste metode care urmăresc vindecarea cancerului prin stimularea imunității permit, pe baza observațiilor făcute pînă acum, speranța obținerii în viitorul apropiat a unor rezultate esențiale în tratamentul cancerului. Și astfel s-a ajuns la concepția că în ceea ce privește maladia Hodgkin, ea a devenit nu numai o boală tratabilă, ci și una vindecabilă. Dar șansele de vindecare sînt legate nu numai de forma de boală, de începutul tratamentului, de felul în care este condus, dar și de reactivitatea organismului.

Dr. T. MURGESCU
medic primar,
Spitalul de copii „Caraiman"

Actualități

în endocrinologia cancerului mamar

RECEPTORII DE ESTROGENI

Poate cel mai generos dosar al noutăților în vasta problemă a cancerului mamar este cel referitor la aspectele hormonale.

Sînul, alături de organele genitale, aparține aparatului de reproducere. Acesta se supune acțiunii hormonilor produși de ovare : estrogenii și progesteronul. În general, acțiunea estrogenilor (foliculinei) este

de proliferare (înmulțire) a celulelor țesuturilor „țintă" (uterul, vaginul, sînul), iar progesteronul specializează aceste țesuturi, dîndu-le o structură secretorie. Influența acestor hormoni este periodică, iar rezultatul acestei periodicități, la nivelul mucoasei uterine, de exemplu, este apariția lunară a menstruației.

Numai anumite organe răspund la acțiunea hormonilor. Ele se numesc organe hormonodependente. În lipsa hormonilor, aceste organe își pierd troficitatea și involuează.

Cum se explică însă că hormonii care circulă în sînge, prin tot organismul, sînt „captați" doar de celulele din organele hormonodependente ? De ce estrogenii se opresc în sîn sau în uter și nu influențează mucoasa stomacului sau mușchii, de exemplu ? Răspunsul la această întrebare l-a dat descoperirea „receptorilor de estrogeni".

Acești receptori sînt niște proteine speciale, care se găsesc doar în celulele organelor hormonodependente și care au proprietatea de a se uni specific cu hormonii. Estrogenii cuplați cu receptorii, întocmai ca o „cheie în broască", „deschid" drumul diviziunii celulelor care conțin acești receptori.

Tumoarea mamară canceroasă reprezintă o aglomerare de celule, care se înmulțesc în mod anarhic. Or, estrogenii stimulează această înmulțire, tocmai fiindcă la o parte din tumori celulele conțin receptori pentru estrogeni. Deci, estrogenii stimulează dezvoltarea cancerului, acolo unde există receptori. În consecință, se poate inhiba dezvoltarea tumorală dacă suprimăm sursa de estrogeni, deci ovarele, sau dacă administrăm substanțe care se opun acțiunii estrogenilor (antiestrogeni, androgeni etc.).

Menționăm însă că doar o treime din cancerele mamare sînt hormonodependente. De aceea, este important să se știe că tratamentul endocrin se adresează numai acelor tumori care pot fi influențate de acesta. Fără îndoială, acest lucru este posibil, determinînd, printr-o analiză complexă de laborator, prezența sau absența receptorilor în tumoare.

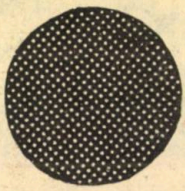
Dealtfel, ca orice fenomen biologic, și hormonodependența cancerului mamar este mult mai complicată. Celula mamară (normală sau tumorală) nu conține numai receptori de estrogeni ; există o constelație de hormoni care influențează viața celulei. O parte din ei, hormonii steroizi produși de ovare și de glanda suprarenală, au receptori descoperiți sau neevidențiați încă în citoplasmă. Alți hormoni, cei proteici, produși de hipofiză (prolactina) sau de tiroidă, au receptori pe membrana celulară.

Trăim perioada cînd, rînd pe rînd, zonele „albe" de pe harta universului endocrin al celulei mamare sînt completate cu noi date științifice, făclii aprinse pe drumul dificil al tratamentului corect al cancerului mamar.

Dr. T. Gavrilescu

medic primar
Institutul oncologic Cluj-Napoca

CANCERUL RECTAL



Cancerul rectal se află în sfera preocupărilor medicale, datorită, pe de o parte, numărului crescut de cazuri, iar pe de altă parte, dificultăților de stabilire a diagnosticului în stadii incipiente. Dealtfel, este binecunoscut faptul că un diagnostic stabilit precoce și un tratament științific bine condus, aplicat în fazele timpurii ale bolii, au cele mai mari șanse de reușită. Această afirmație este valabilă și în cazul cancerului rectal, deoarece acest ultim segment al intestinului gros este ușor abordabil unor examinări periodice, putînd constitui, ca și sînul sau colul uterin, subiectul unor explorări în masă.

Dar pentru a avea șanse de reușită în lupta contra cancerului rectal, sînt necesare unele cunoștințe cu privire la așa-zișii factori de risc în apariția bolii. Deși cauzele cancerului rectal nu sînt încă bine elucidate, s-a observat că bărbații au o predispoziție mai mare de a contracta boala, iar vîrful incidenței se situează la vîrsta de 75 de ani, fiind mai rar întîlnit sub 40 de ani.

Studiile epidemiologice au ajuns la concluzia că în apariția cancerului rectal, o mare importanță prezintă o serie de boli premergătoare sau însoțitoare acestuia. Astfel, polipii sporadici sînt tumori ale mucoasei, cu dezvoltare deasupra membranei acesteia. Informațiile de care dispunem în prezent arată că atît aspectul histologic, cît și dimensiunea polipilor, sînt elemente importante în transformarea malignă a acestora. Polipii care histologic se dovedesc a fi adenoame viloase au un potențial de transformare malignă de 40%, iar polipii cu dimensiuni mai mari de 2 cm, în caz că sînt adenoame viloase, se asociază cu cancerul în proporție de 53%. Se consideră că perioada de transformare a unui polip benign într-un cancer este de 10—15 ani. Sindroamele polipoase (situații în care polipii intestinului gros sînt însoțiți și de alte manifestări patologice) fac parte din bolile cu transmisie și dominanță genetică. Dintre acestea, polipoza familială, caracterizată prin prezența a mii de polipi de diferite dimensiuni în mucoasa intestinală, are șanse de a se transforma în cancer rectal la peste 80% din bolnavii netratați. În cadrul acestui sindrom, vîrsta de apariție a cancerului scade sub 40 de ani.

Bolile inflamatorii ale intestinului gros, cum sînt boala Crohn, rectocolita ulcerohemoragică etc., sînt asociate cu un risc crescut de transformare malignă. Aceste afecțiuni sînt catalogate drept leziuni precanceroase, ele putînd să degenereze, în anumite condiții favorabile și după o evoluție îndelungată, în cancer colorectal. Riscul crește însă pe măsură ce boala se învechește și, în special, dacă aceste afecțiuni ale colonului nu sînt tratate corespunzător și în timp util.

Un alt factor de risc incriminat în geneza cancerului rectal este factorul alimentar. Studiile epidemiologice au arătat că prezența grăsimilor animale, a zahărului rafinat și reducerea cantității de fibre celulozice din alimentația cotidiană sînt elemente care favorizează apariția cancerului rectal. De aceea, se recomandă consumarea

acelor alimente cu aport crescut de fibre dietetice, cum sînt : legumele, fructele, produsele nerafinate (pîinea integrală), care antrenează tranzitul intestinal. Se cunoaşte, dealtfel, că staza resturilor alimentare are o acţiune iritantă asupra mucoasei intestinale, producînd leziuni pe care se poate grefa, în timp, procesul canceros. Or, eliminînd din alimentaţie produsele rafinate, se accelerează tranzitul intestinal, scurtîndu-se contactul mucoasei intestinale cu substanţele considerate cancerigene din resturile de digestie.

În aprecierea evoluţiei cancerului rectal, pe lîngă alţi factori, aşa-zişi de prognostic, gradul de diseminare locală este elementul care oferă indicii asupra perioadei de supravieţuire. Pentru ca acest element să fie favorabil, boala trebuie depistată cît mai precoce, chiar în stadiul asimptomatic. Trebuie precizat faptul că evoluţia cancerului de colon este, în general, silenţioasă, manifestările clinice instalîndu-se destul de tardiv. Aceasta este perioada asimptomatică, perioadă în care cancerul poate fi depistat cu totul întîmplător, în urma unui examen radiologic al intestinului gros, efectuat cu alt scop.

În perioada simptomatică însă, bolnavii prezintă : sîngerări rectale, diaree, eliminări de mucus (aspect de albuş de ou) prin orificiul anal, dureri abdominale, greţuri, balonări după mese, anemie, constipaţie, apatie şi, uneori, diminuarea forţei de muncă. Intermitenţa acestor manifestări conduce adesea pe bolnav la amînarea prezentării la medic şi deci la întîrzierea precizării diagnosticului. De aceea, trebuie să reţinem că aceste tulburări dispeptice, chiar dacă sînt intermitente, ele revin cu tenacitate şi se îmbogăţesc odată cu dezvoltarea procesului neoplazic. Dealtfel, aceasta este etapa în care nu trebuie să se omită suspiciunea de cancer rectal şi, în consecinţă, să se apeleze la explorarea radiologică, în măsură să precizeze natura suferinţei. În acest sens, ne stau la dispoziţie o serie de metode de investigare în masă. Cele mai facile tehnici de detectare a bolii sînt *testele de depistare a sîngerărilor oculte din scaun.* Pozitivitatea unui astfel de test indică în mod obişnuit o sîngerare pe tractul gastrointestinal, îndreptînd examinările ulterioare spre depistarea cauzei care a determinat-o. La bolnavii la care testul sîngerărilor oculte a fost pozitiv în cel puţin trei rînduri, se va trece la următoarea etapă de diagnostic, şi anume la *endoscopie.* Acest lucru se poate realiza prin clasica *rectoscopie* cu aparat rigid sau, mai recent, prin *fibroscopii,* fibroscopul fiind un aparat flexibil, care are posibilitatea să vizualizeze

mai ușor leziunile lumenului rectal. Această examinare se recomandă, în afara cazurilor la care testul de sîngerare ocultă este pozitiv, la toți indivizii care au depășit vîrsta de 50 de ani. La cazurile care prezintă elemente de risc crescut în dezvoltarea bolii, cum ar fi purtătorii unor polipi sau la cei cu polipoză familială sau proveniți din familii cu antecesori purtători de cancer cu diferite localizări, endoscopia este recomandată și la vîrste mai tinere.

În depistarea în masă a cancerului, de o importanță deosebită rămîne *tușeul rectal*. Valoarea acestuia rezidă din faptul că aproximativ 75% din tumorile rectale sînt localizate în primii 10 cm (măsurînd de la orificiul anal) ai rectului, zonă ușor accesibilă examinatorului.

Odată efectuate examinările clinice și paraclinice, bolnavii cu leziuni suspecte vor fi supuși *examenului biopsic*, singurul capabil să ofere certitudine asupra diagnosticului. Biopsia se realizează prin „ciupirea" zonei suspecte, cu aparatul de endoscopie. Materialul prelevat prin biopsie este trimis laboratorului de anatomie patologică, unde citirea microscopică oferă date cu privire la aspectul histologic al tumorii.

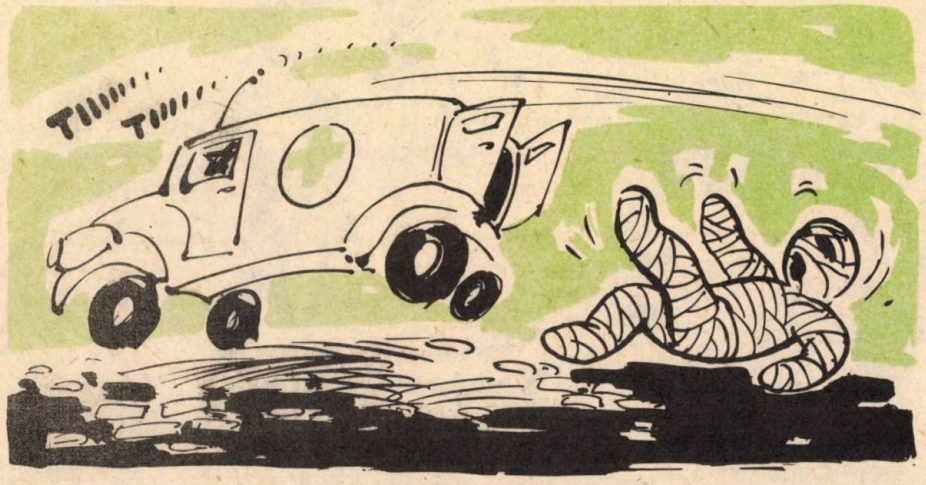
Odată diagnosticul de cancer rectal stabilit și confirmat de examenul histopatologic, se va aplica tratamentul chirurgical, care, efectuat în perioada incipientă, dă cele mai bune rezultate. Aceste rezultate sînt legate însă direct proporțional cu gradul de dezvoltare a tumorii, și anume cu limitarea ei la peretele intestinal sau cu diseminarea la organele din jur sau la cele mai îndepărtate, cum este cazul metastazelor. Astfel, în cazul tumorilor depistate precoce, adică limitate la nivelul mucoasei rectale, șansele de supraviețuire variază între 74 și 100%, în timp ce în cazul tumorilor care au ajuns să invadeze ganglionii limfatici regionali, supraviețuirea scade la 30%.

Rezultă din cele prezentate că pentru a obține nezultate mulțumitoare în tratamentul cancerului rectal, pe lîngă rolul medicului, un rol important revine persoanei în cauză, care la primul simptom trebuie să se prezinte la cabinetul medical, iar în absența acestora, să participe la acțiunile de depistare în masă, inițiate de serviciile de specialitate.

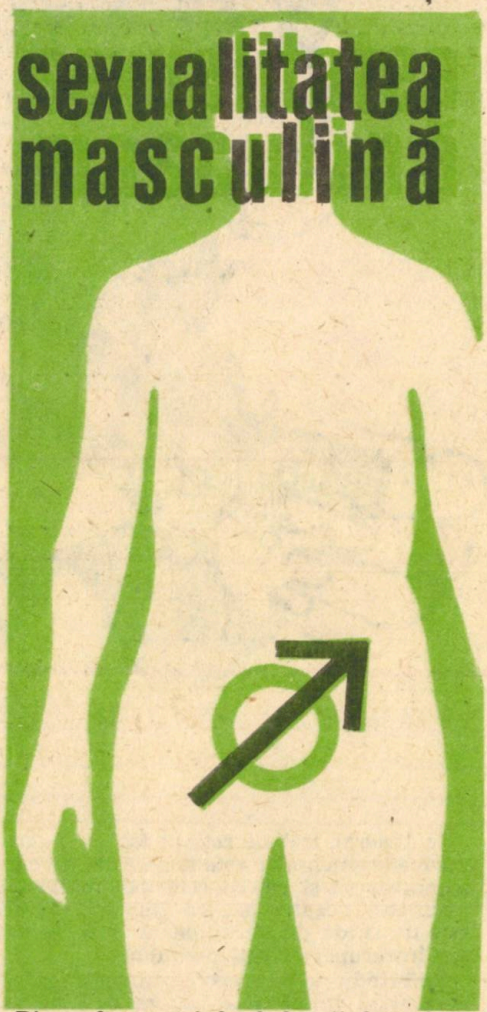
Dr. Lucian Lazăr

medic primar

Institutul oncologic, Cluj-Napoca



MEDICAMENTELE ȘI sexualitatea masculină



Din ce în ce mai des bolnavii de ambele sexe se adresează medicului pentru rezolvarea unor probleme legate de viața intimă.

Încă din trecutul îndepărtat, afrodisiacele de tipul yohimbinei erau cunoscute pentru efectul lor de stimulare sexuală, producînd congestie vasculară genitală și creșterea tensiunii musculare. Opiumul utilizat timp de sute de ani în India și în China era între altele și afrodisiac, cu efect euforizant, datorită acțiunii sale pe sistemul nervos central. Cu timpul, preparatele empirice au fost înlocuite cu substanțele hormonale moderne, avînd medicație cauzală bazată pe observații riguros științifice. Ca urmare a pletorei de medicamente care au invadat piața mondială, s-au ivit și alte aspecte legate de răsunetul unor medicamente uzuale asupra funcțiilor de reproducere.

La bărbat, ca și la femeie, există o mare varietate de factori capabili să deregleze viața sexuală : vîrsta înaintată, factorii psihologici, bolile organice cronice (hepatice, renale, cardiovasculare, metabolice etc.), bolile endocrine severe și toxiinfecțiile. În ultima vreme, s-au semnalat scăderi temporare ale virilității după medicamente cu largă aplicabilitate în clinică.

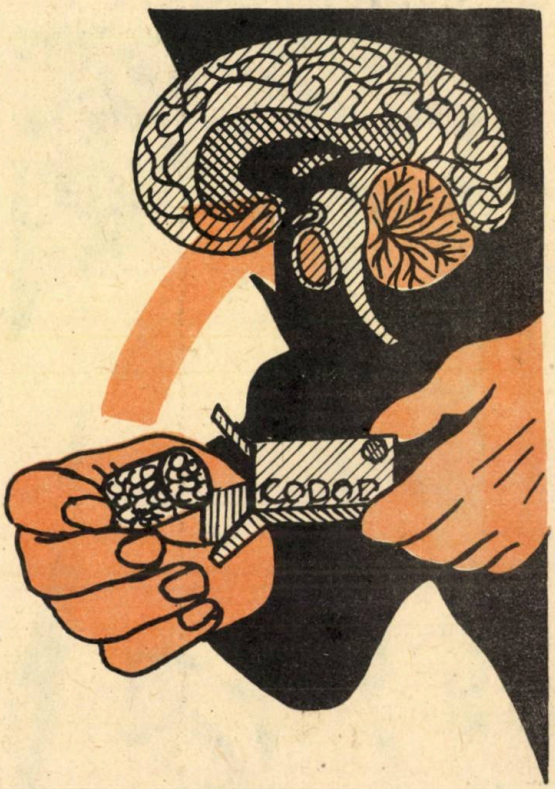
Se știe, de exemplu, că în afecțiunile sistemului nervos central, și anume în nevroze sau psihopatii severe, se administrează, de regulă, sedative și tranchilizante sau neuroleptice. Doza și durata aplicării lor variază de la individ la individ. Uneori, bolnavul remarcă pierderea puterii sexuale, fapt care-l îngrijorează, ajungînd chiar la obsesie. Bolnavul este înclinat să atribuie aceste simptome medicației psihotrope, ceea ce nu corespunde totdeauna realității. Pentru o mai bună înțelegere a proceselor care au loc în organism, amintim că în afara acțiunii directe exercitate de hormonii sexuali (de exemplu, testosteron etc.) asupra comportamentului sexual, acesta este dirijat și controlat de mecanisme complexe și minuscule din creier, rolul conducător revenind centrilor sexuali nervoși cu sediul în hipotalamus. De la această „stație centrală", prin mijlocirea unor substanțe chimice, impulsurile sau comenzile pornite de la creier se propagă pe căi nervoase și vasculare la organele periferice. Asupra organelor genitale acționează fibre nervoase simpatice și parasimpatice periferice, care declanșează ejacularea și, respectiv, erecția. Este lesne de înțeles că orice factor (chimic, traumatic), capabil să interfereze căile nervoase menționate, va avea consecințe asupra desfășurării normale a activității sexuale. Pe de altă parte, nevrozele și, mai ales, psihopatiile, se asociază cu perturbări importante ale sexualității. Așadar, pierderea apetitului sexual, slăbirea erecțiilor și dereglarea ejaculărilor, pot fi, pur și simplu, simptome ale bolii. Este știut că stările depresive antrenează dereglări în viața intimă și că ejacularea prematură este obișnuită la tinerii anxioși sau la cei foarte emotivi. Tratamentul cu antidepresive (Antideprin) sau cu produse anxiolitice (Diazepam, Oxazepam etc.), în doze mici, înlătură aceste neplăceri. S-au semnalat cazuri în care supradozajul medicamentos (după clorpromazină, rezerpină, antidepresive etc.) a inițiat scăderea marcată a interesului sexual și a posibilității realizării actului sexual. Este oare acesta un motiv să se întrerupă tratamentul ?

Desigur că nu. Deoarece în bolile psihice severe patologia sexuală este unul din simptomele pregnante, suprimarea medicației nu ar face altceva decît să agraveze întreg cortegiul de simptome. Cea mai bună măsură o constituie reducerea dozei terapeutice, conform avizului medical.

Unele preparate ca, de exemplu, barbituricele (Fenobarbitalul, Ciclobarbitalul) sînt luate deseori de persoane sănătoase care prezintă insomnii rebele, fără discernămînt, adică în doze mari și prelungite. Acest obicei nu este lipsit de riscuri, putînd să ducă la dispariția libidoului și la insuficiență erectilă. Cu totul alta este situația în tratamentul anticonvulsivant (cu Luminal, Fenitoin etc.) din epilepsie. Este adevărat că pentru bolnavul epileptic, tratamentul medicamentos trebuie urmat uneori toată viața, dar dozele sînt moderate și totodată absolut necesare pentru prevenirea crizelor comițiale. Scăderea importantă a potenței sexuale, remarcată de unii bolnavi, își are explicația în frecvența crescută a insuficienței sexuale la bolnavii comițiali cu leziuni sau tulburări în lobul temporal.

Bolile cardiovasculare și, în special, hipertensiunea arterială, ca urmare a afectării irigației în diferite zone, inclusiv cea genitală, pot perturba activitatea sexuală. O serie de observații au atras atenția asupra faptului că medicația antihipertensivă în doze mari, îndeosebi guanetidina, urmată de metil—DOPA și de antihipertensivul Clonidina (Haemiton), provoacă dereglări ale ritmului ejaculărilor, în sensul întîrzierii sau chiar dispariției eliminării de spermă (anejaculare). Fenomenul este urmarea acțiunii blocante pe sistemul nervos simpatic a antihipertensivelor. În același mod acționează și Tioridazinul (neuroleptic fenotiazinic, asemănător Clordelazinului), care inhibă puternic sistemul nervos simpatic periferic. Pentru aceste considerente se recomandă în tratamentul ejaculării precoce la tineri și adulți.

Medicamentele cu acțiune antimitotică, citostatică, folosite în boala canceroasă, acționează direct asupra testiculului, blocînd în special înmulțirea celulelor germinale.



În general, trebuie reținut faptul că efectul medicamentelor este dependent de doza administrată și că, de cele mai multe ori, răsunetul negativ asupra funcției sexuale este tranzitor, dispărînd odată cu reducerea sau întreruperea tratamentului.

Referindu-ne la alcool, „aliment" cu repercusiuni importante asupra funcției sexuale la bărbat, cercetările de ultimă oră au arătat că băuturile alcoolice scad puterea celulelor testiculare de a fabrica și sintetiza hormonul masculin — testosteronul. Efectul se constată chiar la 5 ore după ingerarea de alcool. Ideea că alcoolul constituie un stimulent sexual este profund greșită. Starea de euforie produsă de ingestia de alcool nu determină cîtuși de puțin stimularea funcțiilor sexuale, dînd doar o falsă senzație de „mai bine".

Dr. MADELEINE MĂICĂNESCU GEORGESCU

Institutul de endocrinologie, București

PARADOXURI ALE CIVILIZAȚIEI

Dr. Valentin Filip

De-a lungul milenarei lui existențe, omul s-a aflat de multe ori în situații dificile. Atît timp cît principalul scop al existenței umane îl constituia procurarea hranei, inamicul nr. 1 al omului era natura. Lupta se dădea direct între el și natură, pentru asigurarea existenței și adaptarea la condițiile ei vitrege.

Evoluția inerentă pe scara socială a impus organizarea oamenilor în colectivități, iar pentru menținerea ordinei între indivizi s-au creat legi. Din acest moment, situațiile dificile cu care este confruntat individul suferă o modificare : scad în intensitate, dar se înmulțesc. Locul luptei deschise dintre om și natură este înlocuit de stresul psihic. Acest lucru este foarte evident în societățile dezvoltate.

Pe măsură ce societatea evoluează, formele sociale se perfecționează, situațiile dificile se generalizează pe plan social, devin contradicții și uneori paradoxuri sociale. De-a lungul evoluției sociale asistăm la apariția unor astfel de paradoxuri născute din însăși perfecționarea societății ; și ca un non sens, societatea evoluată, care ar trebui să-i asigure individului starea de securitate, sănătate și comoditate, ajunge, prin paradoxurile sale, pe care le creează continuu, să devină un pericol pentru membrii săi. Omul zilelor noastre se află în fața unei multitudini de astfel de paradoxuri de proporții uriașe și de perspective încă nebănuite.

Se știe că deviza societății moderne este : totul pentru om ! Asta înseamnă de fapt că tot ceea ce se produce, minuscul sau magnific, are ca scop bunăstarea individului și a colectivității, urmărește să creeze un anumit grad de comoditate și, în ultimă instanță, o viață mai ușoară și mai plăcută. Uriașele eforturi colective care se fac în industrializare, în mecanizare, în automatizare și în descătușare de energii, inclusiv cea atomică, urmăresc, cel puțin teoretic, acest deziderat. Toți sîntem de acord că civilizația a adus omenirii beneficii imense. Pînă la un punct, aceasta este realitatea. Dar pe măsură ce societatea evoluează, se perfecționează și urcă treptele civilizației, tot mai multe situații vin să contrazică premisa inițială. Beneficiile civilizației lovesc direct sau pe căi ocolite individul, prins în acest iureș. Este zborul fluturelui spre flacără !

S-a spus că automobilul scurtează distanța și economisește timpul. Posesorul de mașină știe că aceasta îți consumă nu numai timpul, dar și banii. Dar ceea ce de fapt nu știe omul de la volan este că automobilul îi scurtează viața, fără drept de apel.

Un studiu întreprins de O.M.S. în diferite țări evidențiază că oamenii mor astăzi de trei ori mai mult prin accidente decît prin alte boli, iar riscul cel mai mare îl prezintă vîrsta activă (între 15 și 50 de ani). 36,2% dintre aceste accidente se datoresc automobilului !

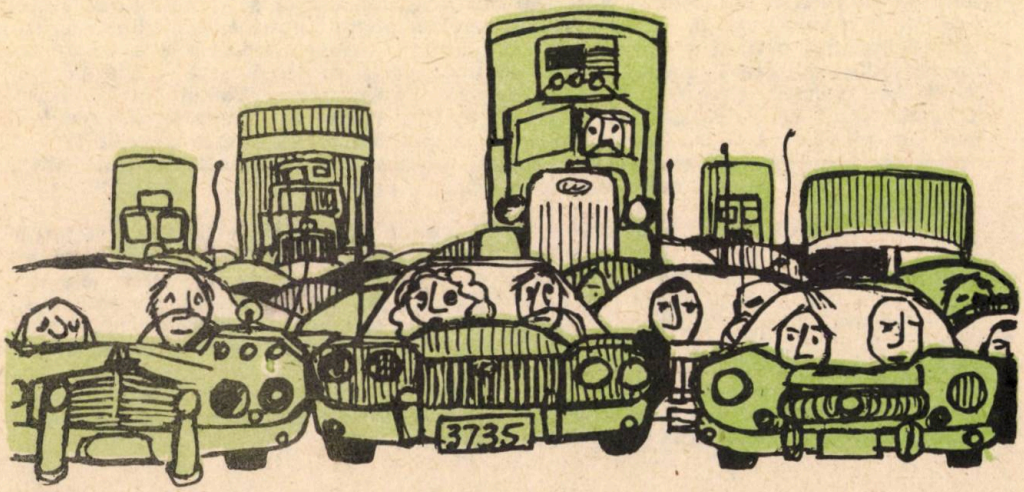
N-au trecut nici 100 de ani de la primele două accidente petrecute în Anglia (1896) și de la cel de-al treilea în S.U.A. (1899) și „accidentul a crescut în asemenea măsură încît s-a ridicat la nivel de flagel mondial".

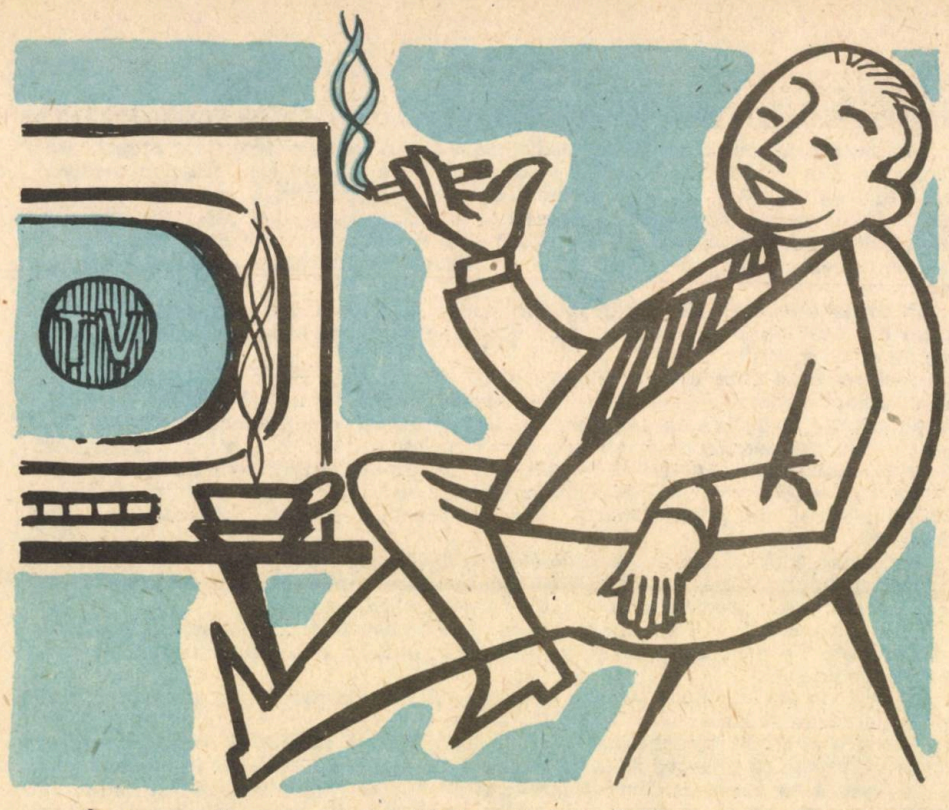
Anual își pierd viața prin accidente de circulație peste 500 000 de cameni din întreaga lume și alți aproximativ 4 000 000 sînt răniți. O treime din aceștia din urmă rămîn infirmi. Aceasta înseamnă, de fapt, că la fiecare minut automobilul omoară un om și rănește alte 7 persoane. Acest număr impresionant de accidente care afectează vieți omenești ne dovedește cît de scump plătim avantajele incontestabile ale automobilului.

Mai mult decît atît, cercetări amănunțite au dovedit că la viteza de 60 km/oră, omul de la volan are catecolaminele de două ori mai crescute decît pietonul. Dacă viteza automobilului crește la 100 km/oră, catecolaminele cresc și ele de 10 ori. Catecolaminele, după cum se știe, sînt hormoni fabricați de glanda suprarenală și eliberați în sînge, în cazuri de suprasolicitări fizice sau psihice (stres). Ei mobilizează rezervele de energie, pentru a le pune la dispoziția organismului solicitat de efort.

Rezultatul acestor cercetări demonstrează că și atunci cînd scopul deplasării cu automobilul este agrementul, acest fapt constituie o suprasolicitare pentru individ. Și mai mult decît atît, există o legătură directă între gradul suprasolicitării și răspunsul în catecolamine. Dar aceasta nu este totul. Omul de la volan nu cunoaște efectele secundare ale catecolaminelor în exces asupra mobilizării de acizi grași din rezervele adipoase. Căci dacă pentru omul primitiv pus în situația de stres, de exemplu, față în față cu animalul sălbatic, această mobilizare de acizi grași din rezerve reprezintă o sursă de energie necesară pentru atac sau fugă, mod în care acizii grași sînt arși în organism, pentru omul de la volan, care se dă jos din mașină și care nici nu aleargă și nici nu atacă, ci doar se urcă în lift, nivelul crescut din sînge al acizilor grași devine un pericol ! Rezervele de acizi grași mobilizate de către catecolamine întrec necesarul consumului energetic. Acizii grași în exces vor circula în sînge ; o parte dintre ei vor fi transformați în ficat și depozitați sub formă de trigliceride, dar partea cea mai importantă se va depune pe pereții vaselor sanguine, contribuind la formarea ateromului. Ei produc, în același timp, modificări care cresc vîscozitatea sîngelui, favorizează formarea de trombi, or, tromboza vasculară are loc tocmai în vasele îngustate de aterom. Consecința este bine cunoscută : frecvența mare a bolilor degenerativ vasculare (ateromatoza) și a bolilor de inimă (infarctul) la cei supuși unor eforturi psihice de intensitate și durată variabile. Nu este acesta zborul fluturelui spre foc ? Nu este, oare, automobilul un paradox social pe care omul civilizat îl admite ca pe multe altele ? Ba mai mult decît atît, omul este fericit de această realizare a tehnicii, ale cărei nenorociri imediate, știute sau neștiute, le admite cu zîmbetul pe buze, mulțumit în inconștiența lui, pentru că „omul realizează la fel de greu și conștiența nemuririi și perisabilitatea vieții".

Angrenat ca o minusculă rotiță în imensa și complicata mașinărie care se numește civilizație, omul trebuie să meargă înainte. Trebuie să se adapteze, trebuie să reziste, să facă față ritmului accelerat, trebuie să suporte stresul. Dar omul zilelor noastre, pentru a atenua izbitura, uneori prea dură, a realității recurge la un remediu pe care tot societatea modernă i-l pune la îndemînă : medicamentul ! Este, fără îndoială, un alt produs al civilizației și potențial dușman al omului civilizat !





În comparație cu progresul tehnic actual, medicina a progresat mai puțin în ultimele 3—4 decenii. Și dacă a progresat evident într-un anumit domeniu, este acela al industriei producătoare de medicamente. Un exemplu grăitor îl constituie antibioticele. Dacă în 1941 exista un singur antibiotic, penicilina (descoperită de Flemming în anul 1929, dar introdusă în clinică cu 12 ani mai tîrziu), în 1945 numărul lor a atins cifra de 30, pentru ca peste 20 de ani, în 1965, să ajungă la 1 862 de produse, plus 542 de sortimente naturale cu rol bactericid sau bacteriostatic. Numai peste 15 ani numărul lor avea să ajungă la peste 10 000. Se poate observa că rata de creștere a acestora este de 6 în primii 5 ani, de 118,5 în următorii 20 de ani și de 506,6 în ultimii 15 ani. La cît va ajunge în următorul deceniu ?

În 1935, la Congresul Internațional de Neurologie de la Londra, Pavlov susținea că unul dintre factorii determinanți în viața omului este frica. Acesta afirma : „Cercetările mele asupra funcțiilor cerebrale și ale sistemului nervos, în general, făcute asupra cîinelui și a maimuței dovedesc că frica este factorul primar în dezvoltarea atitudinii oricărui creier față de viață. Nu sînt de părerea lui Freud, după care sexul ar fi primul resort al vieții. După mine trei factori sînt determinanți : foamea, frica, sexul, și dintre acestea eu pun pe primul plan frica. Frica domină totul !"

Astăzi recunoaștem cu toții că omul trăiește într-un continuu stres și într-o continuă anxietate. Este vorba de stresul mărunt, de anxietatea zilnică, care se nasc din probleme minore ca : frica de a nu întîrzia la serviciu, teama de a nu putea rezolva o problemă în timpul stabilit, ceea ce duce la o cursă aprigă contra cronometru, ambianța psihologică neadecvată muncii eficiente din unele colective, traumele afective în familie sau la serviciu, altercația cu un vînzător într-un magazin etc. Dar ce face omul modern ca să scape de frică și să rămînă calm în fața emoțiilor negative, care-l pîndesc la tot pasul ? Recurge la miraculosul drog, pentru a face față situațiilor tot mai complexe și dificile în care se găsește. Omul civilizat, omul zilelor noastre, găsește în medicament un refugiu, o salvare, uneori poate ultima speranță, medicii oferind cu mare larghețe această speranță pacienților. Astfel, de exemplu, în 1970 în Anglia s-au scris 247 000 000 de rețete. Aceasta înseamnă că fiecare locuitor insular, din acel an, a primit aproximativ cinci rețete. Dintre acestea 58% conțineau tranchilizante, 15% analgezice și 10% hipnotice. Cu alte cuvinte, trei sferturi din medicamente erau prescrise împotriva fricii, insomniei, durerii sau fricii de durere. În același an în S.U.A. s-au vîndut 225 de analgezice pe cap de locuitor (în statistică fiind incluși și sugarii).

Pentru foarte multe persoane, medicamentul a devenit o necesitate imperioasă, tiranică. S-a creat chiar mentalitatea că dacă unui bolnav nu i se prescriu medicamente multe și, mai ales, antibiotice, medicul este slab pregătit. Unii medici, e drept foarte puțini, cedează insistențelor bolnavului sau din cauza unei precauții excesive prescriu rețete care se aseamănă cu teriaca lui Andromahos (medicul împăratului Nero), care avea în componența sa 70 de ingrediente, o adevărată monstruozitate terapeutică.

În urma unei anchete făcute într-un spital din S.U.A. s-a constatat că numai 36% din cei 1 035 de bolnavi tratați cu antibiotice erau bolnavi și aveau într-adevăr nevoie de acest tratament.

Dacă ar fi să dăm crezare ultimei ediții din Guiness Book of World Records, Samuel Jessup, un englez ipohondru, a consumat 226 934 de tablete și 40 000 de sticle de medicamente în decurs de 40 de ani, bătînd astfel recordul „mîncătorilor" de medicamente. Nu este exclus ca printre noi să existe recordmani mai mari ! Cu atît mai mult cu cît astăzi medicamentul a devenit un bun comun, la îndemîna oricui.

Nu mai este nevoie să descriem pericolul acestui monstruos abuz de medicamente, dublat și de polipragmazia care se practică cel mai adeseori cu atîta dezinvoltură.

Constatarea făcută de un grup de experți O.M.S. ar trebui să ne dea de gîndit : „pe lista flagelelor sociale, după bolile cardiovasculare, cancer și accidentele de circulație, figurează bolile produse prin administrarea medicamentelor".

10% din cazurile de îmbolnăviri medicamentoase necesită internare în spital. S-a născut astfel o nouă specialitate în medicină : studiul și tratamentul bolilor produse prin medicament !

Lumea civilizată ajunge, așadar, în fața unui mare paradox : îmbolnăvirea individului prin medicament !

Există o credință nejustificată și adînc înrădăcinată în mintea oamenilor, fie ei simpli sau învățați, că salvarea de la orice suferință, mare sau mică, stă în medicament.

În acest sens, Ernst B. Chain, laureat al premiului Nobel, spunea : „În sînul civilizației moderne, aș putea renunța la radio, la televiziune, la avioanele ultrarapide și chiar la lumina electrică, dar nu la medicamente..."

Este deci nevoie de o imensă și asiduă luptă a rațiunii împotriva acestui idol al civilizației actuale, care face zeci și sute de mii de victime omenești, victime născute din neștiința și credulitatea omului civilizat !

Oamenii trebuie să coopereze la ideea că medicamentele trebuie să fie judicios utilizate și numai la stricta indicație a medicului, pentru a fi folositoare sănătății.

Am prezentat doar două din aspectele paradoxale ale civilizației : automobilul și medicamentul, care se răsfrîng nefavorabil asupra siguranței și sănătății individului. Numai două din multiplele și nenumăratele paradoxuri ale lumii civilizate, unele dintre ele cu implicații subtile și nebănuite, capabile să meargă pînă acolo încît să pună în pericol specia umană !

În prezent se creează o opinie tot mai largă în rîndul oamenilor de știință împotriva acestor fascinante himere, pe care omul civilizat le plătește adeseori cu viața. Va trece însă mult pînă cînd omenirea va înțelege și va acționa concret la stăvilirea excesele și la atenuarea efectelor acestor „binefaceri" ale civilizației.

PROFILAXIA DEVIANȚEI

Interviu cu prof. dr. GH. TERBANCEA

Institutul de medicină legală, București

— In activitatea dvs. veniți în contact cu oameni și, în special, cu tineri caracterizați de o conduită antisocială, pe care dvs. o numiți deviantă. Ce se înțelege, așadar, prin devianță ?

— Noțiunea de *devianță* traduce fenomenul, de largă cuprindere, al ansamblului comportamentelor îndreptate contra normelor de conduită, recunoscute ca fiind conforme diferitelor situații pe plan individual și de încadrare și reflectare pe plan social.

Situațiile individuale pot fi de ordin socio-psihologic și psiho-patologic, influențate sau condiționate de factori cultural-educativi, bioorganogeni, psihogeni, moșteniți sau dobîndiți în perioada de dezvoltare și de formare a personalității.

Avînd în vedere că în societate există concomitent mai multe *sisteme de norme* (morale, culturale, juridice, religioase etc.), consfințite prin reguli scrise sau nescrise, codificate sau necodificate, transmise, răspîndite și sancționate prin legislație sau prin tradiții, obiceiuri sau opinie publică, orice abatere sau atitudine contrară normelor prevăzute de aceste sisteme se încadrează în fenomenul de devianță, chiar dacă principala caracteristică o constituie asocialitatea sau antisocialitatea, fără a echivala obligatoriu cu actul infracțional.

— Devianța nu este deci același lucru cu delincvența. Ați putea să faceți o delimitare a acestor noțiuni ?

— Deși pentru unii termenul de devianță ar traduce, cu alte cuvinte, delincvența, noțiunea are un înțeles mult mai larg, un conținut mult mai cuprinzător și nu imprimă definiției un caracter de ambiguitate. Noțiunea de „devianță" nu a fost creată în mod convențional spre a fi utilizată în scop aleatoriu sau a evita o terminologie neconvenabilă. Implicațiile ei pe plan social, medical și juridic, psihologic, pedagogic sau criminologic sînt diferite, în raport cu diferitele sisteme de normă, fiind în funcție și de gradul în care amenință echilibrul acestor sisteme, de semnificația motivațională pe care o conțin și de forma de manifestare (accidentală sau sistematizată, acută sau cronică, recidivată etc.). Noțiunea a fost adoptată și a intrat în cadrul preocupărilor noastre de mai multă vreme, nu numai din necesitatea de a analiza multifactorial și interdisciplinar fenomenul infracțional și cauzele acestuia, dar este în concordanță și cu orientarea preventivă pe plan medico-psihologic (elaborarea unor măsuri individualizate, preconizate în practica de expertiză medico-legală psihiatrică, în special pentru minor și adultul tînăr) și pe plan social-juridic.

— Cercetările geneticienilor au dovedit că nu se poate vorbi de o determinare cromozomială, de un determinism sau de o predispoziție înnăscută spre devianță. În acest sens ați putea prezenta cîteva dintre concluziile studiilor dvs. ?

— Cercetarea făcută de Institutul de medicină legală privind aspectele psihosociale ale delincvenței la tinerii adulți, precum și o serie de cercetări privind cauzele inadaptării sociale și ale conduitelor antisociale la minori, ne-au condus la cîteva observații generale. Există un dezechilibru rezultat din insuficiența factorilor care contribuie la maturizarea socială a personalității și la formarea conștiinței sociale, în raport cu ritmul accelerat de dezvoltare somato-psihică, în condițiile endo- sau exogene care favorizează o dezvoltare dizarmonică precoce a personalității și care, prin persistența lor, întrețin fenomenul. Raportînd conduitele deviante la vîrsta la care apare primul incident infracțional (primar), se poate vorbi de o proporție de 18,40% sub vîrsta de 18 ani, de 43,70% între 18 și 20 de ani, de 34,30% între 20 și 25 de ani și de 3,30% peste 25 de ani.

Se observă că, în majoritatea cazurilor, există un apreciabil decalaj de timp între debutul tulburărilor de comportament și vîrsta la care se afirmă conduitele infracționale, interval în care este necesară o depistare precoce a factorilor de „risc" de ordin bioorganogen sau sociogen, depistare de care depinde nemijlocit promovarea în timp util a măsurilor cu caracter medico-social, individualizate, de prevenție și corectare.

— Situațiile individuale pot fi determinate de cauze de ordin sociopsihologic și psihopatologic, influențate de factori educativi, bioorganogeni, psihogeni, moșteniți sau dobîndiți în perioada de dezvoltare și de formare a personalității. Care sînt cei mai frecvenți ?

— În legătură cu factorii determinanți în apariția devianței și a conduitelor antisociale, se remarcă în proporție de 31,20% cei de ordin bioorganogen (endogeni), în 25% cei de ordin exogen, în sensul condițiilor nefavorabile de microclimat familial și al influențelor negative din anturajul apropiat și în 43,8% cauze mixte, care subliniază caracterul concurator și de potențare reciprocă a condițiilor care grăbesc decompensarea (agravarea) pe fondul aparent al inadaptării.

— În ce constă specificul devianței la tineri ?

— Putem contura următorul specific al conduitelor deviante la tineret :

— existența unei forme de inadaptare sociofamiliale, care poate merge pînă la actul infracțional accidental sau repetat, în aceleași condiții social-negative ;

— existența unei perioade conflictuale sau de devianță nespecifică, apreciabilă ca durată, premergătoare actului antisocial, ignorată de anturaj și frecvent superficial interpretată în școală și familie ;

— influența negativă a anturajului și, cel mai frecvent, organizarea într-un grup infracțional, anterior constituit, sub influența unor tineri majori ;

— imaturitatea afectivă, intelectivă sau din punct de vedere al sentimentelor moral-sociale (conștiința axiologică și etică), care se asociază cu tendința prematură a unei independențe rău dirijată și înțeleasă ;

— spiritul de aventură, pornind de la obținerea cu ușurință a unor modalități de distracție, sub influența negativă a anturajului, debutînd frecvent cu consumul de băuturi alcoolice.

Sintetizînd *cauzele de ordin sociopsihologic*, remarcăm :

— insuficiența funcției educative, incompetența educativă în familie și uneori în școală, concretizate prin folosirea inadecvată și ineficientă a mijloacelor de disciplinare ;

— indulgența rău înțeleasă față de primele abateri, considerate „minore", la care intervine și toleranța anturajului în ceea ce privește continuarea imediată a procesului de instruire, calificare și reîncadrare într-o activitate sistematică ;

— întreținerea mentalității greșite de autoapreciere pozitivă asupra unor „calități" tehnice, artistice, sportive etc., minimalizînd importanța unor trăsături morale, nivel cultural etc. ;

— întreținerea unui climat de „independență" și de superioritate în cadrul grupului de tineri, prin asigurarea mijloacelor materiale, din partea aparținătorilor (familiei), mult peste necesitățile imediate ale tînărului, ceea ce creează obiceiul de a avea în permanență asigurată sursa de venit obținut fără muncă, micile „afaceri" ducînd în final la infracțiune.

— Literatura de specialitate semnalează printre condițiile favorizante ale conduitelor deviante la copii și tineri și așa-numitele noxe externe — infecții generale, intoxicații, traumatisme psihice —, dar și unele afecțiuni ca cele cardiovasculare și endocrine. Cum se explică ?

— Dintre cauzele de *ordin psihopatologic* se reține în special formarea patologică a personalității, în legătură nemijlocită cu educația incorectă și cu situațiile psihotraumatizante, precum și modificări de caracter condiționate reactiv. În acest fel apar dizarmonii precoce ale personalității, determinate exogen (psihopatii precoce). Pe de altă parte, minimalizarea semnificației unor reacții comportamentale precoce, interpretate superficial de familie (cu nivel educativ-sanitar scăzut, fără a apela la specialiști pedopsihiatri, endocrinologi, neurologi), pot determina stări confuzive sau depresive, cu tulburări de comportament. De asemenea, întreținerea unui climat conflictual permanent în familie, exemplul negativ al părinților cu antrenarea tînărului la conduitele deviante ale părinților sau fraților, deprinderea precoce a tînărului de a consuma băuturi alcoolice, de a fuma etc. sînt, desigur, erori fundamentale. Dintre cauzele mai puțin cunoscute menționăm : insuficiența educației sexuale în familie și în școală, lăsată pe seama „întîmplării" și a prietenilor de aceeași vîrstă, ceea ce poate determina încă din perioada anterioară pubertății deprinderea unor obiceiuri aberante sau dezvoltarea nevrotică a personalității.

— V-ați referit la alcoolism. Ce relații există între conduitele deviante și acesta?

— Deprinderea precoce a obiceiului de a consuma băuturi alcoolice constituie un factor de risc, cu atît mai important, cu cît se asociază și cu *condiții social-negative*. Astfel, de exemplu, pornind de la gustul pentru distracții în localuri publice și consumînd băuturi alcoolice în exces, se ajunge ușor la realizarea primelor experiențe sexuale, cu caracter de promiscuitate morală, fapte care constituie principala condiție de determinare a conduitelor deviante agresive, uneori în grup, cu toate consecințele pe care le incumbă.

Dealtfel, trecerea de la consumul ocazional la obicei sau la conduită deviantă specifică constituie unul din principalii factori de sustragere de la activităţi socialutile, de instruire şi culturalizare. Se ştie că prohibiţia absolută stimulează cu atît mai mult tentaţia pentru satisfacerea acestui interes, care devine ulterior narcofilie.

— De la imitaţia din curiozitate la repetarea acestei condiţii principale de trecere la devianţă se poate ajunge la reflex condiţionat şi apoi la dependenţă ?

— După o statistică a O.M.S., din totalul actelor de violenţă, 62,5% sînt comise sub influenţa alcoolului, furtul şi şantajul în 50,3%, tentativele de omor în 49,3%, vătămarea integrităţii corporale în 32,5%, violarea de domiciliu în 29,9%. Frecvent, după comiterea furturilor din şi de autovehicule (una din formele tipice de devianţă cu conţinut antisocial la tineri), urmează conducerea acestor autovehicule sub influenţa alcoolului şi frecvent determinarea de accidente, ocazie cu care sînt descoperite toate aceste aspecte infracţionale. Cu atît mai grave sînt efectele consumului sistematic de alcool, cu cît la unii tineri sînt prezente leziuni de microorganicitate cerebrală, determinînd reacţii agresive majore, în legătură cu care anturajul apropiat (familia) nu a fost avertizat.

Deseori, pentru rezolvarea situaţiilor conflictuale sau frustrante, individul apelează la alcool, considerat drept un „anestezic moral" şi o sursă de curaj. Consumul repetat de alcool se transformă ulterior în principalul factor de stimulare a unor conduite aberante, agresive, cu toate implicaţiile lor antisociale.

— Dată fiind importanţa acestor manifestări, cum poate fi prevenită evoluţia devianţei şi transformarea ei în delincvenţă ?

— Interesul multilateral faţă de această problemă şi în special prevenirea apariţiei unor manifestări de devianţă impun găsirea unor forme şi metode perfecţionate de asistenţă, precum şi reevaluarea periodică a acestora în pas cu noile condiţii de integrare socio-profesională a tineretului. *Apare deci necesară amplificarea şi diversificarea acţiunilor cu caracter medico-social şi cultural-educativ, care să vizeze direct anihilarea condiţiilor negative de microclimat, depistarea precoce a cauzelor de ordin somatopsihic ale inadaptării şi ale tulburărilor de comportament manifestate de minori în mediul familial, şcolar şi societate încă din perioada preinfracţională.*

La măsurile *psihoprofilactice*, care vin să se opună cauzelor de ordin individual, organogene sau neuropsihogene cu conţinut patologic, trebuie să se adauge cele *socioprofilactice* şi *psihopedagogice*, prin instituirea unui regim diferenţiat de instruire şi încadrare socioprofesională, în funcţie atît de particularităţile individuale ale tinerilor în formare, cît şi de posibilităţile intelectuale şi de aptitudini.

Trebuie să se acorde atenţia necesară pentru diversificarea cadrului instituţional de aplicare a măsurilor individualizate, asigurîndu-se, în acelaşi timp, şi cadre de specialitate (pedopsihiatri, psihologi, pedagogi, asistenţi sociali etc.). De asemenea, se vor lua măsuri de reevaluare periodică a eficienţei măsurilor terapeutice de reeducare pentru diferitele forme de conduite deviante.

La măsurile de prevenţie se adaugă şi cele de intervenţie recuperatorie, a căror eficienţă va fi sporită în baza acelorași principii de analiză individualizată a cazurilor de devianţă, a formelor de manifestare şi a cauzelor de determinare, precum şi măsuri de depistare sistematică şi competentă şi de dispensarizare obligatorie a formelor particulare de devianţă.

Realizator:
CRISTIAN IONESCU

Citind ziarul

Citesc mereu anunțuri mortuare
în „România liberă". Cutare,
Ion Băutul, zis și Tulburelu,
congestie... subit... depus la Belu.

Iar mai la vale, dus la Sfînta Vineri,
un altul — cel mai tînăr dintre tineri,
adică Jean, supranumit și Criță,
pe care-l plînge-amicul Șliboviță.

Pe undeva, într-un ungher retras,
găsesc, retrospectiv, un parastas
în care-i pomenit cu tot amarul,
un oarecare Calistrat Cotnaru.

Ci eu mă-ntreb, luîndu-i vieții partea :
— Cu ce-s de vină medicii sau moartea,
cînd voi, în loc să mergeți pe-o cărare,
intrați, pe trei, de-a dreptul în ferpare ?

ANDREI CIURUNGA

DIMITRIE CANTEMIR

și medicina

Una din multiplele preocupări ale eruditului cărturar și om de știință, strălucitul domnitor Dimitrie Cantemir, mai puțin explorată de exegeții operei sale, este aceea referitoare la medicină.

Studiile medicale le-a început la Iași cu învățatul dascăl Ieremia Cacavelas — care pare să fi studiat medicina la Padova — și cu Andrei Lichinios, medic grec, instruit sigur la Padova, care a deveni ulterior prim medic la Curtea domnească din Iași, unde era „medicul cel lăudat", după cum îl califică însuși Cantemir.

La Constantinopol, în cadrul Academiei grecești, Cantemir își continuă studiile medicale cu vestitul Alexandru Mavrocordat Exaporitul, ai cărui descendenți vor fi domni în Țările românești.

Fără a analiza întreaga activitate medicală depusă de el, vom sublinia în mod special două mijloace terapeutice, astăzi de o stringentă actualitate, recomandate de el, ceea ce ne îndreptățește să-i atribuim rolul de precursor în acest domeniu. Ne referim la tratamentul psihoterapic, realizat prin sugestie, și la utilizarea plantelor medicinale, terapii indicate în a sa *Istorie ieroglifică*, „o carte cu miez adînc și străluciri de imagini și de cugetare, pe care trebuie să ai răbdare să le descoperi" — scrie Petre P. Panaitescu, biograful și exegetul operei lui Cantemir.

În această carte, redactată în mai-decembrie 1705, se găsesc intercalate circa 760 de aforisme și proverbe („sentențiî" și „cuvinte alese", după cum le numește autorul), cele mai multe avînd un conținut care reflectă remarcabile cunoștințe medicale posedate de Cantemir.

În ceea ce privește valoarea sugestiei ca tratament psihic, vom reda unele din „sentențiile" sale : „Cuvîntul mîngăios la întristare ieste ca numele doftorului la dzăcere" sau „Doftorul măcar că nu într-acea dată toată boala scoate, ce nedejdea bolnavului ridicînd socoteala că cel ce leacurile dă, de față ieste".

Prin urmare, numele doctorului redresează, prin sugestie, moralul scăzut al pacientului, ca și atunci cînd doctorul este de față la administrarea medicamentului.

În privința efectului dat de medicamente gata preparate, Cantemir este de părere că „Doftorul bun știința în cap iar ierbile în cîmp are și unde chichițele (lădiță sau despărțitură în interiorul unei lăzi, *n.n.*) văruite și pilulele șicuite sînt acolo, bolnavul se amăgește iară nu să tămăduiește".

Deci el recomandă plantele medicinale ca mijloc terapeutic *(fitoterapia)* și nu medicamentele oficinale, aflate la „apoticari", cum ar spune Cantemir.

Credem că nu greșim dacă, în cele susținute de Cantemir, vedem germenele luptei care se duce actualmente împotriva numeroaselor preparate medicamentoase existente pe plan mondial, care au generat o adevărată patologie medicamentoasă și a

căror folosire abuzivă este în detrimentul factorilor intrinseci de apărare.

Dar, pe lîngă sugestie, ca factor terapeutic, şi eficienţa plantelor de leac, tot el mai susţine că „Mai iuşor ieste să suferi obrinteala (inflamaţia, *n.n.*) rănii la aier decît patima sufletului către împotrivnicul său arătată".

Or, astăzi se ştie cît de mult valorează expunerea unei plăgi la aer liber, la soare *(helioterapie)*, în comparaţie cu efectul nociv al utilizării iraţionale a antibioticelor, care privează organismul de crearea anticorpilor în sînge, produşi biologici naturali în măsură să autoînarmeze fiinţele cu mijloace eficiente de luptă contra infecţiilor.

Prin felul său de a vedea, Cantemir poate fi considerat premergător al celebrului fiziolog şi chirurg francez *Alexis Carrel* care, în cunoscuta sa carte *L'Homme, cet inconnu*, apărută în 1935, critică civilizaţia, din cauza căreia astăzi omul este privat de mijloace proprii *(homeostatice)* de adaptare la mediul înconjurător.

Dr. Constantin Simionescu

ARITMOGRIF

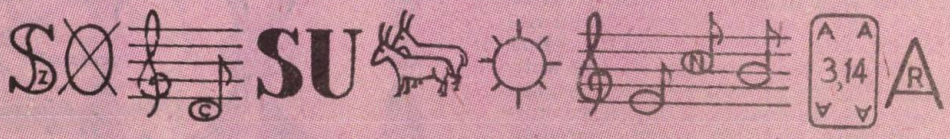
				A				
2	5	6	7	1	8	9	6	5
10	11	3	12	2	13	14	6	13
1	11	13	6	3	2	4	6	13
5	8	9	6	4	6	5	6	13
15	6	12	14	2	4	6	13	2
2	4	10	6	5	6	9	6	13
5	9	8	1	6	16	3	2	14
3	8	4	14	6	2	17	6	13
				B				

Înlocuind cifrele cu litere, veţi obţine pe verticala A—B locurile de unde se procură medicamentele, iar pe orizontale denumirea a 8 substanţe care pot fi găsite aici.

ADAM STOICA

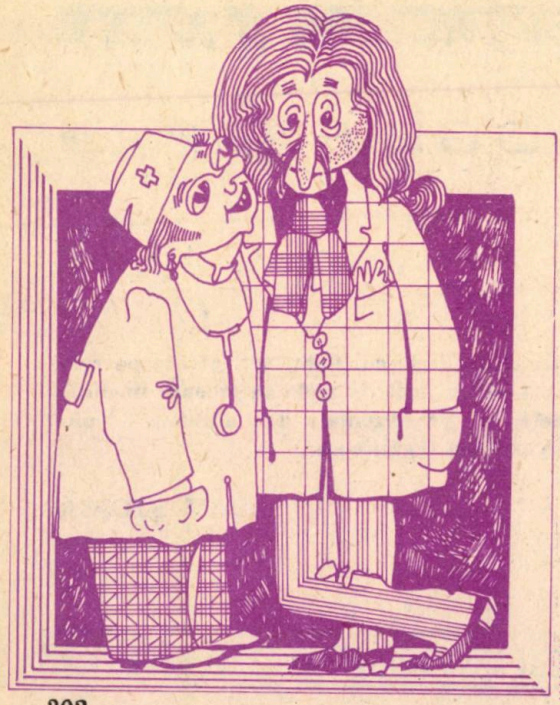
LA FARMACIE

(rebus criptografic : 2, 7, 4, 2, 5, 9, 2, 8)



Adam Stoica

adevărata cauză



De meteahnă vrînd să scape,
Că-i ies versurile șchioape,
Un poet se duce-n grabă
La un medic și-l întreabă,
Dacă această mică boală
Nu-i o tară cerebrală...

Medicul lung îl privește
Și, zîmbind, îl sfătuiește :

— Ar fi mult mai bine, cred,
Să mergeți la ortoped,
Fiindcă, după cît se pare,
Uzați prea mult de... picioare.

ION VULPESCU

REFLECȚII

DESPRE BĂTRÎNEȚE

● Toată lumea năzuiește să trăiască mult, dar nimeni nu dorește să îmbătrînească — spune Johnathan Swift, gîndindu-se la teama provocată omului de consecințele maturității sale ajunsă la (de) săvîrșire.

● Senectutea are farmecul ei dacă este privită cu fruntea descrețită și acceptată cu medicamente.

● Bătrînețea nu ne sperie, ci doar ne sîcîie, amintindu-ne permanent că ne apropiem de sosire, după o cursă lungă și bogată în evenimente.

● Îmbătrînim în momentul în care ne gîndim cu tristețe la bătrînețe. Mai degrabă frica ne face bătrîni decît bătrînețea fricoși.

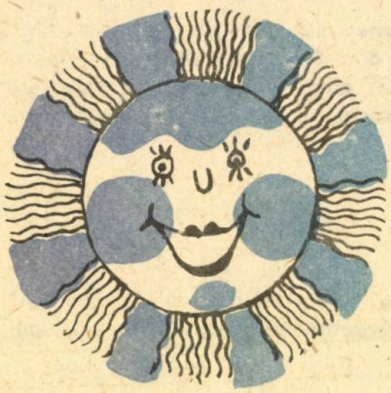
● Nu avem nici un merit dacă sîntem frumoși, după cum nu avem nici o vină dacă sîntem urîți ; meritoriu este numai faptul de a ajunge bătrîni sănătoși, trecînd cu demnitate pragul care desparte maturitatea de bătrînețe. Căci dacă timpul macină trupul, el cizelează în schimb conștiințele.

● Astăzi ne îndoim de vorbele lui Cicero **„Senectus ipsa est morbus"** (bătrînețea însăși este o boală) și acceptăm mai degrabă părerea lui Shakespeare **„An old is twice a child"** (bătrînul este de două ori copil), în intepretarea că bătrînul cuminte, duios și blînd, are sufletul de copil.

● Dacă la bătrînețe nu ești singur, nu poți decît să te bucuri, deoarece cea mai mare mîngîiere la bătrînețe este să ai pe cine mîngîia.

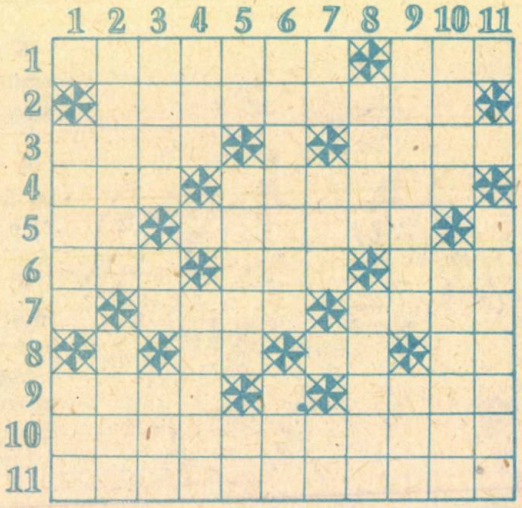
● Puterea vîrstei implică nu numai slăbiciunile acesteia, dar și meritele înțelepciunii ei. De aceea, la un longeviv se cuvine să remarcăm cît a muncit și nu cît a îmbătrînit, deoarece fiecare cută care îi brăzdează fața este semnul efortului depus de el pe ogorul fertil al vieții.

ARISTOTEL PÂRVULESCU



soarele

O binefacere pentru organism



ORIZONTAL : 1. Autorul nuvelei „Umbrela de soare“ (D.R.) — „... și soarele“, volumul cu care a debutat editorial Radu Cârneci, în 1963. 2. Autorul cantatei „Răsărit de soare“ (Sergiu). 3. „... muzică a soarelui“, serenadă de Myriam Marbé — „... sub soare“, partea a II-a din suita simfonică „Priveliști moldovenești“. 4. Cap în Africa — Folosiți-l acum la „Soare“. 5. Unde medii ! — „Soarele și...“, basm de Petre Ispirescu (neart.). 6. Iar (arh.) — Autorul poeziei „Soare pentru toți“ (vol. „Umanitas“ ; George Demetru) — Orășel în Canada. 7. Lovitură cu biciul (reg.) — Arbust. 8. Ridicat în față ! — Sfertul academic ! — Fond (abr.). 9. „... iar în parcul însorit“, arie din opereta „Balul operei“ de Richard Heuberger — Pictor român (1881—1958), realizatorul unui „Apus de soare la mare“. 10. Piesă de B. Șt. Delavrancea (3 cuv.). 11. „Soarele...“, oratoriu de Gh. Dumitrescu.

VERTICAL : 1. Pictor francez (1840—1926), al cărui tablou intitulat „Impresie, răsărit de soare“, expus în 1874, a dat și numele a ceea ce va deveni impresionismul — ... Gogh, pictor a cărui plantă preferată a fost floarea-soarelui, pe care a reprezentat-o în numeroase tablouri. 2. „... soarelui“, volum de versuri de Eugen Babu — Coastă abruptă a unui deal (pl.). 3. „Soare al...“, cantată de Mihai Moldovean (nom.) — Curse ! — Munte în Iran. 4. Epocă — Poet american (1875—1963), autorul poeziilor „Soarele libertății“ și „Rază de soare“ (Robert). 5. Sec ! — „... soarelui“, piesă de Maxim Gorki (neart.) — Deschide discuția ! 6. Autorul cantatei „Soare strălucitor“ (Mircea) — Fizionomie. 7. Așa începe uitarea ! — Fiul lui Esop — Pense ! 8. A holba ochii — A se pripăși (pop.). 9. „... rimă-n soarele cu pete“, poezie de Mircea Dinescu (vol. „La dispoziția dumneavoastră“) — Salt. 10. De oaie sau de capră — Plante care plutesc la suprafața apei. 11. „Soarele...“, operetă de Florin Comișel.

Dicționar : ONE, EAR, UNO, SFIC, NUA, ENN, ACIOA.

ADAM STOICA

Aportul adus de produsele apicole la tratarea unei game largi de afecțiuni a adus apiterapia în atenția medicinii contemporane, din ce în ce mai mulți specialiști apreciind acțiunea vindecătoare a acestor produse. În ultimul deceniu, pe baza unei tehnologii moderne, în țara noastră au fost obținute nu numai noi și valoroase date asupra compoziției chimice și a acțiunii terapeutice a propolisului, polenului, păsturii, lăptișorului de matcă și chiar asupra veninului de albine, dar au fost obținute și rezultate remarcabile în evoluția spre vindecare a unor afecțiuni.

Acestea sînt considerentele care ne-au determinat să solicităm opiniile următorilor specialiști, referitoare la eficiența acestor produse naturale : dr. Traian Olaru, *medic coordonator al sectorului medical de apiterapie, dr.* Alexandru Partheniu, *dr.* Ștefan Roman, *medic primar urolog și dr.* Ionel Radu Anastasiu, *medic internist.*

POLENUL, PĂSTURA ȘI UTILIZAREA LOR ÎN BOLI INTERNE

— De la primele încercări de întrebuințare a polenului în unele forme de hepatită cronică, s-a extins continuu gama de afecțiuni în care acest produs apicol este utilizat cu succes. Vă rugăm, stimate tovarășe dr. Traian Olaru, să ne relatați cîte ceva din observațiile dvs., oprindu-vă și asupra acelor boli interne în care produsele apicole și-au confirmat eficiența.

— Într-adevăr, cu ani în urmă, regretatul dr. Mircea Ialomițeanu a început administrarea, la Spitalul de boli infecto-contagioase „Dr. Victor Babeș" din capitală, în unele forme de hepatită cronică, a polenului uscat. În prezent, **polenul** este administrat în diferite disproteinemii și în anemii.

Referindu-mă la cazurile de hepatită virală acută, luate în observație și tratate cu polen și păstură (polen prelucrat de albine și depus pe ramele stupului pentru hrana puietului), am înregistrat rezultate net superioare celor obținute în urma tratamentului cu medicamente specifice (Purinor și Essentiale).

Menționez faptul că bolnavii cărora le-am aplicat acest tratament acuzau, după 30 de zile de la externare, tulburări clinice și modificări ale datelor de laborator ca : oboseală, balonări și dureri în hipocondrul drept, timolul, transaminaza și electroforeza modificate.

În afara produselor apicole, administrate în două doze zilnice, după mesele principale, s-a prescris, desigur, și un regim alimentar moderat, precum și un regim de odihnă parțial. O ameliorare evidentă s-a obținut chiar după prima lună de tratament, bolnavii reintrînd în regimul de viață normal, cu respectarea dietei de cruțare, evitarea eforturilor fizice și intelectuale, a stresului.

Dar tratamentul cu produse apicole s-a extins mult în ultima vreme, rezultate

bune obținîndu-se și în tratarea ulcerului duodenal, colitei, colecistitei. În prezent, sînt în curs de cercetare efectele propolisului asupra florei microbiene intestinale, pentru a putea extinde tratamentul în prevenirea și combaterea enterocolitelor la copii.

VENINUL DE ALBINE ȘI EFECTELE SALE TERAPEUTICE

— Cercetările științifice efectuate în ultimii ani asupra proprietăților terapeutice ale veninului de albine au dus la concluzia că acesta, în doze mici, este o substanță biologic activă și un excitant natural, care acționează asupra sistemului de apărare a organismului, mobilizîndu-l. Am dori, stimate tovarășe dr. Alexandru Partheniu, să ne prezentați succint modul cum acționează veninul de albine asupra organismului.

— Veninul de albine influențează puternic sistemul nervos, blocînd transportul stimulului prin sinapsele periferice și centrale, fapt care explică efectele sale antiinflamatorii, antiexsudative și analgezice în afecțiunile unor nervi periferici (sciatic, trigemen, facial). De asemenea, acționează asupra aparatului circulator, intensificînd activitatea fibrinolitică a sîngelui și împiedicînd coagularea lui, motiv pentru care este indicat în prevenirea și tratarea trombozelor și emboliilor. În același timp, stimulează funcțiile glandelor suprarenale și ale hipofizei, avînd efect similar cu al corticoizilor și ACTH, determină scăderea tensiunii vasculare și dilată capilarele cerebrale (cu efecte hipotensoare de mai mare durată decît cele date de medicamente), tonifiază musculatura netedă și striată și exercită o accentuată acțiune antimicrobiană, îndeosebi asupra bacteriilor grampozitive.

— În ce boli este eficientă terapia cu venin de albine ?

— Această terapie este eficientă într-un mare număr de boli — de la reumatismul poliarticular și cardiac, la sciatică și nevralgia de trigemen. Efecte favorabile are și în tromboflebită, ateroscleroza vaselor periferice, boli alergice, astm bronșic, iridociclită.

Veninul de albine este introdus în organism direct : prin înțepătura albinei, prin injectarea unor produse standardizate, prin ionizare sau cu ajutorul ultrasunetelor. Indiferent de modalitatea de administrare și de forma sub care este întrebuințat, tratamentul cu venin de albine trebuie efectuat de către medic și precedat de o serie de măsuri de precauție.

În țara noastră, utilizarea veninului de albine în terapeutica umană se realizează la sectorul de apiterapie al Institutului de cercetări pentru apicultură din București.

Tehnica originală pe care o folosesc de peste trei decenii este indoloră și, în același timp, practică. Albina se așază pe locul care urmează a fi înțepat, după o prealabilă anestezie a tegumentelor cu soluție de procaină, iar după realizarea imunizării locale, se renunță la anestezie. Se obțin astfel considerabile efecte reflexogene, crescîndu-se cu 50% randamentul în tratamentul artritelor obliterante și al afecțiunilor reumatismale, mai ales la persoanele aflate în stadii primare ale bolii. De asemenea, se obțin efecte tonice și reglatoare asupra organismelor tinere, îndeosebi asupra organismului sportivilor, manifestate prin creșterea performanțelor și ameliorarea unor recorduri.

—Cunoscînd complexitatea acțiunii terapeutice a produselor apicole, vă rugăm, tovarășe dr. Ștefan Roman, să vă referiți la acele produse care stimulează și normalizează funcțiile unor glande cu secreție internă.

— În afara tratamentelor cu vitaminele B_1 și C utilizate în asteniile sexuale, care urmăresc stimularea funcțiilor gonadice și a corticosuprarenalei și cu Distonocalm.

Folcisteină U și Lecitină pentru combaterea psihasteniei și a distoniei neurovegetative, în ultimul timp am obținut ameliorarea acestor astenii și prin asocierea preparatelor apicole.

Am utilizat tratamentul apiterapic la tineri cu vîrsta pînă la 25 de ani, la care impotența sexuală se datora factorilor de inhibiție psihică, precum și la bărbați cu vîrsta cuprinsă între 25 și 48 de ani, care acuzau oboseală fizică și psihică, precum și un grad moderat de prostatoveziculită congestivă, de stază, sau care prezentau tulburări de andropauză.

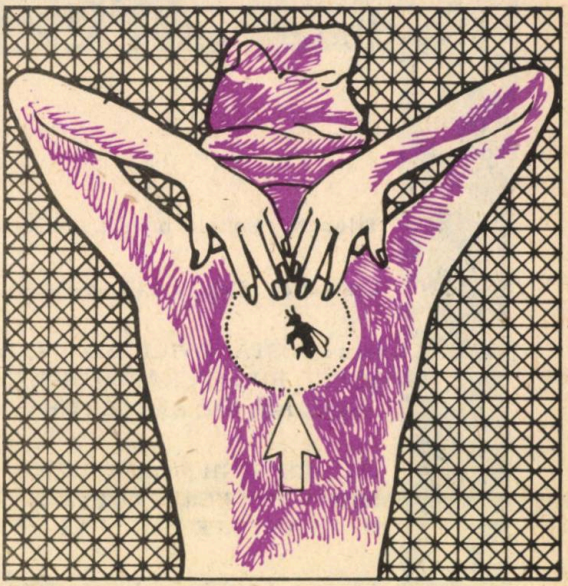
Am obținut ameliorarea actului sexual, tonificarea stării generale și reechilibrarea sistemului nervos central și vegetativ.

Astfel, prin administrarea zilnică a **polenului** se obțin efecte nespecifice direct asupra celulelor organismului, prin acțiunea sa energizantă, euforizantă și biotrofică, dar și o acțiune specifică atît asupra testiculului (activînd celulele Leydig și deci spermatogeneza), cît și asupra axului diencefalo-hipofizo-cortico-suprarenal, stimulînd secreția hormonilor corticoizi. La rîndul lor, acești hormoni au o acțiune tonică și stenică asupra sistemului nervos central, intervin în echilibrul sistemului nervos vegetativ și exercită o intensă acțiune trofică generală.

Lăptișorul de matcă, datorită acțiunii sale favorabile asupra metabolismului general al organismului, normalizează funcțiile glandelor cu secreție internă și stimulează, mai ales, funcțiile glandei suprarenale. Dacă ținem seama de afirmația unor apiterapeuți că lăptișorul de matcă conține colina sau acetilcolina — mediatori chimici care provoacă vasodilatația, indispensabilă în realizarea procesului de erecție — se explică eficiența lui în tratarea impotenței sexuale. În cazurile cu astenie sexuală, cu staza și congestia prostato-veziculară, am asociat masajului repetat al prostatei și administrarea propolisului (sub formă de tablete, tinctură și supozitoare), rezultatele obținute confirmînd că acest produs apiterapic este un important adjuvant în tratarea manifestărilor menționate.

— În prezent, paleta utilizării produselor apicole fiind foarte largă, vă rugăm, tovarășe dr. Ionel Radu Anastasiu, să ne relatați cîteva aspecte privind eficiența acestor produse în afecțiunile tractului digestiv.

— Rolul pozitiv al produselor pe bază de propolis în diferite afecțiuni ale tubului digestiv (diskinezii biliare hipo- sau hipertone, ulcere duodenale cronice, colecistite cronice nelitiazice, gastroduodenite cronice) a fost constatat pe un număr mare de bolnavi, tratați în cadrul sectorului medical de apiterapie din București.



Diagnosticul acestor bolnavi a fost precizat prin examen clinic și de laborator, prin radioscopii și colecistografii, majoritatea fiind rezistenți la tratamentele clasice.

În tratamentul aplicat, individualizat în funcție de afecțiune, s-a folosit mierea propolizată sau tinctura de propolis, în cazul cînd bolnavii erau obezi, diabetici sau cu hipercolesterolemie, iar ca adjuvante polenul (în colita asociată) și lăptișorul de matcă (în ulcerul duodenal). Extractul moale de propolis, în unt de cacao, a avut un efect salutar în ulcerul duodenal cronic, în faza acută cu nișă, contribuind la închiderea ei în 3—4 săptămîni de tratament, fapt confirmat radiologic. Starea clinică a tuturor bolnavilor s-a ameliorat semnificativ, au dispărut greața, vărsăturile, flatulența, gustul acru sau amar, durerile și foamea dureroasă, eructațiile, iar în mod frecvent tranzitul intestinal s-a normalizat.

Mierea propolizată și tinctura de propolis, administrate cu 15—30 de minute înaintea meselor, au activat sau au moderat secreția gastrică și biliară, propolisul acționînd la normalizarea peristalticii și a secrețiilor, la regenerarea mucoasei, ca trofic, cicatrizant, analgezic și hemostatic local, iar în colecistite cronice a avut rol de antibiotic.

Răspunsuri consemnate de :
NICOLAE TURTURESCU

REZOLVAREA JOCURILOR REBUSISTE

129 **Triunghi :** Spitale, panica, inima, timp, aca, la, e.

129 **Cosmetica :** Depilare (De-p-îl-are).

141 **Nas :** SOSTAKOVICI; ABOUT; RODIN; R ; ITALIA ; RE ; UL ; M ; VELIER; TULEI; RUGAT; NASOS; RIS; CAT ; NINI ; AD ; Y; INIMA; E ; I ; RINO ; T; AVID ; AN; UN; AMAGI ; NEATENȚI ; LN ; OLTEANU ; LUA.

154 **Gît :** RELEIGH ; BEA ; INIMA RECE ; G ; CAL ; TUDORAN ; I ; ADAM ; SEMI ; NG ; UCAZ ; GIT ; ION ; Z ; NARA ; ER ; CA ; PATA ; TALANGI ; A ; D; AFAN ; APE ; MI ; PAR ; STELIAN ; A ; ISPIRESCU.

155 **Urechi :** ARISTIP ; MELC ; TIMPAN ; DERY ; ANNA KARENINA; I ; RAPANUI ; R ; SCIT ; T ; IE ; BC ; CHIAR ; USTURA ; AI ; NORD ; ESA ; R ; SIMION ; OCT ; ILU ; AN ; ORA ; A ; TERENTIU ; RAI ; AUZI ; ASTRALA ; LINIȘTIT ; BT.

169 **Metabolica :** Asimilare (A-similar-e).

169 **Cărți de vizită :** Medic cardiolog — Arad ; medic internist — Vașcău.

169 **Curabile :** Vindecabile (V-în-de-ca-bi-le).

169 **Anatomica :** Carotidă (două cărți).

178 **La spital :** A ; SPITALIZA ; MORARU ; EMIL ; BC ; T; PAL; LE; UTA ; N ; BORIS ; LANTETA ; EES ; AVA ; LA ; MARA ; TILCUIRE ; UN ; OAIE ; ORDI ; D ; R; ZHAR; ISER; ILEON; ACOLO ; UG; VACCINA.

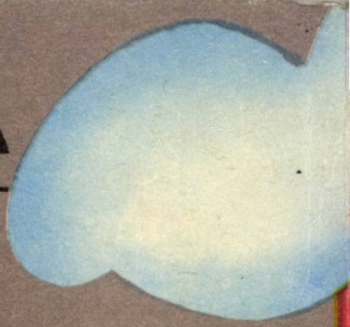
201 **Aritmogrif :** A—B= farmacii ; Acid folic, Persantin, Feniramin, Colimicin, Histamina, Ampicilin, Clofibrat, Romtiazin.

202 **La farmacie :** În sezonul rece se caută piramidon și aspirină (În-se-z-o-nul-re-ce-se-ca-u-țapi-ra-mi-do-n-și-as-pi-r-în-a).

204 **Soarele — o binefacere pentru organism :** POPESCU ; NOI ; SARCHIZOV ; MICA ; I ; GRIU ; ONE ; CREION ; ND ; VOINIC ; L ; EAR ; PAN; UNO; T; SFIC; ALUN; R; RI; AC; FD; VINO; A; ISER ; AFUS DE SOARE ; NEATÎRNĂRII.

Biblioteca „ASTRA" - SIBIU -

EDITURA MEDICALĂ



LEI 25